令和　　年　　月　　日

向 日 市 長　宛

長期療養を必要とする特定疾病に係る定期接種に関する申請書兼該当理由書

予防接種法施行令第1条の２第３項の規定に基づき、長期にわたり療養を必要とする疾病等により定期接種を受けることができませんでしたが、今般特別の事情がなくなったため、定期予防接種を実施できることとなりましたので、理由書を提出します。

太枠内は、保護者又は本人が記入してください。

接種	住　所	向日市	電話番号	
	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	氏　名			（　歳　か月）

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が向日市、京都府及び厚生労働省に報告されることに同意します。	保護者又は本人自署 ㊞

特別な事情 疾病分類等	疾病名（別表参照）	その他の該当理由
	予防接種不適当要因が生じた日	年　月　日
	予防接種不適当要因が解消された日	年　月　日
今回接種する 予防接種名、回数		

今後の 予防接種計画 種類と回数	不活化ポリオ	１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加
	ＢＣＧ	
	四種混合（DPT-IPV）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加
	水痘	１回目　・　２回目
	日本脳炎	２期
	二種混合（DT）	１期初回（１回目・２回目）・追加
	麻しん風しん混合（MR）	１期・２期・３期・４期
	麻しん	１期・２期・３期・４期
	風しん	１期・２期・３期・４期
	ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症	１回目・２回目・３回目
	Ｈｉｂ感染症	１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加
	小児の肺炎球菌感染症	１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加

医療機関	所在地 名　称 医師名	㊞

市処理欄	接種年月日：　　年　　月　　日 接種時年齢：　　歳　　か月	備考：