

令和 年 月 日

(宛先) 安曇野市長

長期療養後の定期予防接種申請書

長期療養等の特別な事情により定期予防接種を受けることができなかったが、当該特別な事情が解消したため、定期予防接種を受けることを申請します。

【保護者記載欄】

被 接 種 者	(フリガナ) 氏 名	(男・女)		
	生年月日	平成・令和	年	月 日 (歳 ヶ月)
	住所			
	保護者名		電話番号	

【該当する疾病の主治医記載欄】

予防接種ができなかった状況(疾病名等特別な事情の内容) *疾病名等を記入いただき、該当する理由の□にチェックをお願いします(複数可能)。	疾病名等 【 ☐ 免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病または治療 ☐ 臓器移植 (具体的:) ☐ その他の医学的な理由(具体的に:)		
予防接種が可能となった日	令和 年 月 日		
接種可能なワクチン *該当するものに○をお願いします。	【生ワクチン】 ・ BCG(4歳まで) ・ 麻しん風しん混合 ・ 麻しん単独 ・ 風しん単独 ・ 水痘 ・ 带状疱疹	【不活化ワクチン】 ・ 4種混合(15歳まで) ・ 5種混合(15歳まで) ・ 2種混合(DT) ・ 日本脳炎 ・ B型肝炎 ・ ポリオ(IPV) ・ ヒブ(10歳まで) ・ 小児用肺炎球菌(6歳まで) ・ 子宮頸がん(HPV) ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 带状疱疹	
その他接種にあたり注意すべきことがあればご記入ください。			
医療機関及び担当医師名(署名または押印)		令和 年 月 日	

※ 該当する疾病の主治医記載欄に記載してもらい、母子健康手帳をお持ちの上、健康推進課窓口(本庁舎1階11番)においでください。

【市担当者記載】	☐ 母子手帳コピー	☐ 該当有	☐ 接種券発行
----------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------