

別記様式第 1 号（第 6 条関係）

近江八幡市長期療養者等のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

申請者 接種者（保護者）氏名 _____
住所 近江八幡市 _____
電話 _____

下記疾患の治療・療養が長期にわたり、やむを得ず法令の定める対象年齢内に予防接種を受けることができなかったその要因が解消されたため、下記の予防接種について接種することを申請します。

記

被接種者氏名	
被接種者生年月日	
疾患名 (該当する疾患をチェックしてください。)	☐ 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他の免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 ☐ 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群、その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 ☐ 臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと ☐ その他 ()
接種医療機関名、 連絡先及び主治医氏名	
接種可能な予防接種 にレ点を付けてください。	☐ H i b ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ B 型肝炎 ☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib) ☐ 四種混合 (DPT-IPV) ☐ 三種混合 (DPT) ☐ 不活化ポリオ (IPV) ☐ B C G ☐ 麻しん風しん混合 (MR) ☐ 麻しん ☐ 風しん ☐ 水痘 ☐ 日本脳炎 ☐ 二種混合 (DT) ☐ 子宮頸がん予防 (HPV) ☐ 高齢者肺炎球菌感染症 ☐ 帯状疱疹

※ 「長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書（別記様式第 2 号）を添付してください。

※ B C G は 4 歳の誕生日の前日まで、四種混合及び五種混合は 1 5 歳の誕生日の前日まで、H i b は 1 0 歳の誕生日の前日まで、小児用肺炎球菌は 6 歳の誕生日の前日までを対象とします。

※ 子どもの場合は、申請時に、母子健康手帳の予防接種欄の写しを添付してください。