

長期療養定期予防接種申請書

伊勢崎市長 様

次の予防接種について、「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」を添えて申請します。

年 月 日

接種 希望 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒 ー 伊勢崎市		
	電話番号	()		
保護者氏名			続柄	
申請理由		<input type="checkbox"/> 長期療養を要する疾病にかかっていたため (疾病名:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する 予防接種 ※該当の予防接 種をチェック ☑し、回数を ○で囲む	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加		
	<input type="checkbox"/> 五種混合 [DPT-IPV-Hib]	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加		
	<input type="checkbox"/> 三種混合 [DPT]	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合 [DT]	2期		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加		
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 [MR]	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目 ・ 2回目) ・ 1期追加 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> HPV	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌			
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	1回目 ・ 2回目			
接種予定 医療機関名		※所在地		
		※電話番号		()

※印の部分はわかる範囲で記入してください。