

長期療養者のための定期予防接種依頼申込書

令和 年 月 日

湯 沢 市 長 様

(申請者) 氏 名 _____ 続柄 () _____
 住 所 _____
 電 話 番 号 _____

次の疾患の治療・療養が長期にわたり、やむを得ず予防接種法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つたが、その要因が解消されたため、次の予防接種について接種を受けたく、依頼書の発行を申込みます。

被接種者	フリガナ 氏 名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
疾病名 (該当する疾患をチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> 白血病、再生不良性貧血、重症無筋力症、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 <input type="checkbox"/> 臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> その他 ()	
希望する予防接種の種類、回数		
接種予定医療機関		
備 考		

添付書類…①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
 ②母子健康手帳（写し）または接種歴が確認できるもの
 （高齢者肺炎球菌、带状疱疹の場合は不要）