

平川市長 様

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

予防接種法施行令第1条の2第2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の特別の事情により定期接種を受けることができなかつた者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	住 所	平川市 電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏名・性別	（ 男 ・ 女 ）	
	生年月日	年 月 日（満 歳 ヶ月）	
疾病名等、特別な事情の内容	(疾病分類) (疾 病 名) (長期療養により予防接種ができなかつた医学的な理由) (予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日		
接種可能と判断された 予防接種の種類、接種 回数に○印 (不適當要因が解消さ れた日から2年を経過 するまでの間、接種可 能)	不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	BCG（4歳未満）		
	四種混合（15歳未満）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	二種混合	2期	
	B型肝炎	（1回目・2回目・3回目）	
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
	麻疹風疹混合	1期・2期・3期・4期	
	HPV	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ（10歳未満）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	小児用肺炎球菌（6歳未満）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	水痘	1回目・2回目	
	五種混合（15歳未満）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	成人用肺炎球菌		
医療機関所在地 医療機関名 医師名（記名押印）			
備 考			

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、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署 _____