

飛島村長 殿

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3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つたため、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	電話番号 — —	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
疾病名等、 特別な事情の 内容	(疾病分類) (疾病名) (該当理由) (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		
予防接種の 種類及び回数	不活化ポリオ (IPV)	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	B C G		
	4 種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加	
	3 種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加	
	2 種混合 (DT)	2 期	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目) ・ 1 期追加 ・ 2 期	
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期	
	麻しん	1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期	
	風しん	1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期	
	ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	Hib感染症	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	小児の肺炎球菌感染症	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	水痘	1 回目 ・ 2 回目	
	B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
高齢者肺炎球菌			
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
特記事項	※ 接種の優先順位等、何か意見がございましたら、こちらへご記入ください。		

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、提出した市町村に住所を有する場合に有効であることを理解の上、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 住 所 _____
氏名(自署) _____