

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申出書

令和 年 月 日

小郡市長 殿

申出者 _____

被接種者との間柄 (_____)

下記医師意見書のとおり、定期予防接種を受けることができませんでしたが、接種を希望します。

被接種者氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
住所	小郡市 電話 (_____)			
接種希望する 予防接種の種類				

医師意見書

上記の者は、定期予防接種の対象者であった間に、長期にわたり療養を必要とする下記の特別な事情により予防接種を受けることができなかったが、今般、当該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。

疾病について ※該当する番号を○で囲み、疾病の名称・期間を記入してください。	1. 予防接種法施行令第1条の2第2項に規定する厚生労働省令で定めるもの（次の(ア)～(ウ)までに掲げる疾病）にかかった（やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかった場合に限る） (ア) 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 疾病の名称： _____ (イ) 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 疾病の名称： _____ (ウ) (ア)又は(イ)の疾病に準ずると認められるもの 疾病の名称： _____
	2. 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。） 疾病の名称： _____
	3. 医学的知見に基づき1又は2に準ずると認められるもの 疾病の名称： _____
接種可能期間	上記疾病の期間：昭和・平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
備考 ※接種にあたり注意すること等	(例：不活化ワクチンは○年○月○日より接種可能だが、生ワクチンは△年△月△日からとする。)

医療機関所在
医療機関名
医師名