|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **長期療養に係る予防接種特例実施の対象者該当理由及び申請書** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 柏原市長様 | | |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | 申請者氏名（又は保護者氏名） | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 対象者との続柄 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 申請者住所 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 申請者電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 次の対象者については、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかる等の特別の事情により、やむを得ず予防接種法に定める定期の予防接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医から、この特別の事情が解消されたため予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。 　ついては、予防接種施行令第１条の２第３項に基づき定期の予防接種の特例実施をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記 | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 申請者記入欄 | | |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |
| ●　対象者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 【生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生（　 　歳　 　か月） 性別：男・女】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者住所　〒　 　- | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●　長期にわたり療養を必要とした特別の事情の内容（ア～ウのうち該当するものに〇印） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア　予防接種法施行規則で定める疾病にかかったこと 　　　イ　臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと 　　　ウ　医学的知見に基づき、ア又はイに準ずると認められるもの | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の疾病名等： | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●　接種を希望する予防接種の種類（主治医の了解を得たうえで、希望するものに〇印） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期療養に係る特例実施は、特別な事情のなくなったと認められる日から、子どもの予防接種の場合は、２年間です。年齢制限は、下記を参照してください。  高齢者用肺炎球菌の場合は、特別な事情のなくなったと認められる日から、１年間になります。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （子ども） | | |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |
| ・ヒブ【１０歳の誕生日の前日まで】（１期初回１回目・２回目・３回目、１期初回追加） | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ・小児用肺炎球菌【６歳の誕生日の前日まで】 | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |
| ・B型肝炎（１回目・２回目・３回目）【平成２８年４月１日以降生まれ】 | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| ・四種混合【１５歳の誕生日の前日まで】（１期初回１回目・２回目・３回目、１期初回追加） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・五種混合【15歳の誕生日の前日まで】（１期初回１回目・２回目・３回目、１期初回追加） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・二種混合DT（２期） | | | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |
| ・不活化ポリオ（１期初回１回目・２回目・３回目、１期初回追加） | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| ・麻しん風しん混合（１期、２期、３期※２、４期※２） | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |
| ・麻しん（１期、２期、３期※２、４期※２）、風しん（１期、２期、３期※２、４期※２） | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ・日本脳炎（１期初回１回目・２回目、１期追加、２期） | | | | | | | | | | |  |  | |  | |
| ・子宮頸がん予防（１回目・２回目・３回目） | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |
| ・BCG【４歳の誕生日の前日まで】 | | | | | | | |  |  | |  |  | |  | |
| ・水痘（１回目・２回目） | | | | | （高齢者）  ・高齢者肺炎球菌  ※１　本申請書には、母子健康手帳の予防接種の記録欄（写）等これまでの接種歴が分かる書類を添付して下さい。  ※２　麻しん、風しんの３期、４期については、平成２０年度から平成２４年度の間で対象者であった期間に、長期にわたる療養を必要とする特別の事情があった場合に限ります。 | | |  |  | | 裏面もご記入ください |  | |  | |
| ●　接種予定医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・記入いただいた内容につきまして、柏原市の担当課より個別に内容紹介を行う場合がありますので、御協力  いただきますようよろしくお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・本書は、定期予防接種の特例実施対象者に該当するかどうかを判断することを目的にしています。このこと  を理解の上、本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 | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
| 医師記入欄 | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
| 長期にわたり療養を必要とした特別な事情の詳細は、下記のとおりです。 | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
| なお、この特別な事情がなくなったと認められる日は、令和　　年　　月　　日です。 | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印　（医師自署か押印） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
| （疾病等の名称と定期の予防接種の対象者である間に受けられなかった理由、その期間などの詳細、特段配慮すべき予防接種の  種類とその内容などをご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |
| 【記載例】　本児、ネフローゼ症候群に罹患していたことにより、ステロイド剤相当量を長期にわたり内服して  おり、〇年〇月から〇年〇月まで予防接種を控えておりましたが、〇年〇月〇日現在、患児の  病態は改善しており、予防接種するに差し支えないと判断します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |