

長期療養者に係る定期予防接種事業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。

については、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: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内容(該当するものに○印)

1.次のアからウまでに掲げる疾病にかかったこと

ア 重症複合免疫不全症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾患

イ 白血病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患

ウ ア又はイの疾病に準ずると認められるもの

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

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

4.災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生したこと

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○印)

長期療養に係る定期予防接種は、特別の事情がなくなると認められる日から、子どもの予防接種の場合、2年間です。年齢制限は、下記を参照してください。

高齢者の肺炎球菌感染症及び带状疱疹の場合は、特別の事情がなくなると認められる日から1年間になります。

(子ども)

- ・Hib 感染症【10歳の誕生日前日まで】(1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加)
- ・小児の肺炎球菌感染症【6歳の誕生日前日まで】
- ・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<sub>※2</sub>、4期<sub>※2</sub>)
- ・麻しん(1期、2期、3期<sub>※2</sub>、4期<sub>※2</sub>)、風しん(1期、2期、3期<sub>※2</sub>、4期<sub>※2</sub>)
- ・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歳の誕生日前日まで】
- ・水痘(1回目・2回目)

裏面もご記入ください

(高齢者)

- ・高齢者の肺炎球菌感染症
- ・帯状疱疹

※1 本申請書には、母子健康手帳の予防接種記録欄(写)等これまでの接種歴が分かる書類を添付してください。

※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です。

● 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、柏原市健康づくり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、長期療養者に係る定期予防接種事業の対象者に該当するかどうか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の事情詳細は以下のとおりです。

なお、この特別の事情がなくなると認められる日は、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。