

長期療養者の予防接種申請書

令和 年 月 日

諫早市長 様

申請者氏名： _____

対象者との続柄： _____

申請者住所： _____

申請者電話番号： _____

下記のとおり、病状が回復し主治医から予防接種を受ける事の許可がありましたので、「予防接種に関する主治医意見書」を添えて申請します。

フリガナ		性別
対象者氏名		男 ・ 女
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	
保護者氏名		続柄 ()
住所及び連絡先	諫早市 自宅・携帯 ()	
接種予定医療機関		
希望する予防接種の種類に○印	ヒブ (Hib) (1回 2回 3回 追加) 小児用肺炎球菌 (1回 2回 3回 追加) B型肝炎 (1回 2回 3回) BCG 四種混合 (1回 2回 3回 追加) 五種混合 (1回 2回 3回 追加) 不活化ポリオ (1回 2回 3回 追加) 水痘 (初回 追加) 麻しん及び風しん (1期 2期 3期 4期) 日本脳炎 (1回 2回 1期追加 2期) 二種混合 子宮頸がんワクチン (1回 2回 3回) 高齢者肺炎球菌	

※BCGは4歳未満、ヒブ (Hib) は10歳未満、小児用肺炎球菌は6歳未満、四種混合は15歳未満の年齢制限があります。

※麻しん及び風しんの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。