年 月 日

長期療養者等に係る定期予防接種予診票交付申請書

葛飾区長 宛	て							
申請	者 住所	葛飾区						
	氏 名							
	電話		()				
	被接種	者との続柄	()_				
長期療養を	必要とする疾	病等の特別	の事情に。	より、やむを	得ず受け	ることが	できなかっ	た定期予防接
種について、	予防接種予診	票の交付を	次のとおり	り申請します。				
	住所	葛飾区						
被接種者	(フリガナ) 氏 名						(男・	女)
	生年月日		 年	 月		(満	歳	
(1)特別の	」 D事情(ア~エ	L ニのうち該当				(11-3	7320	73 73 7
•	接種法施行規則			•	たこと			
)移植術を受け					こと		
_	り知見に基づき 也特別の事情(「に準する	と認められる	もの			
_	予防接種法施行		に規定する特	定疾病に係るワク	7チンの大帅	晶な供給不足	、その他これに	工類する事情
(2)エに記	核当する場合に	は、当該事情	手を記入					
(3)特別の)事情が生じた	日						
	年	月	日					
			_					
(4)特別の事情が解消された日								
	年	月	В					
	-	۱)	<u> </u>					

_	_ \	+☆1f + × ←p + っ	マファナナナ エチェチャェ ファ・	ッ ヾ+☆ 壬午 廿口 r=1 半ト	(希望するものに〇印)
1	5 1		一つ バカレギ 不田 不田 ホロ ムフ	/ NJ # TAB DD IDI #W	(差9005年(1)1.()日1

予防接種種類	予防接種種類 接種期回数	
不活化ポリオ (IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
BCG		4歳の誕生日前日まで
5 種混合(DPT-IPV-Hib)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	15歳の誕生日前日まで
4種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	15歳の誕生日前日まで
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	
B型肝炎	1回目・2回目・追加	
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	
Ľ Ի / ۱° L − マ	1回目・2回目・3回目	
ヒブ(Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	10歳の誕生日前日まで
小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	6歳の誕生日前日まで
水ぼうそう	1回目・2回目	
高齢者肺炎球菌		
帯状疱疹	生1回目・不活化1回目・不活化2回目	

(6)誓約・同意事項 該当する項目に☑を入れてください。

本申請にあたり、住民基本台帳を確認することについて、同意します。	はい	いいえ
本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		
を目的としています。このことを理解の上、本書が東京都及び厚生労働省	はい	いいえ
に報告されることに同意します。		
申請内容に偽りその他不正な行為によりを予診票の交付を受けたと認めら		
れたときは、予診票の全部又は一部の返還を求められること、また、交付	はい	しいいえ
された予診票をもって、すでに予防接種を実施した場合は、予診票の返還	1911	0101/2
に代えて、予防接種に要した費用を返還することに同意します。		

(医師記入欄)

(
疾病等の名称 「(1)特別の事情」ア・イ・ウに該当する要因を記入							
上記疾病等により予防接種を受けられなかった期間							
年	月	日:	から	年	月	日	まで
以上により、上記の予防接種種類の接種を可能と判断します。							
医療機関所在地:							

医療機関名:

医師名:

医療機関連絡先: