

定期接種(特例)申請書

福山市長様

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、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状態が改善したため、次のとおり定期接種を受けたく申請します。

年 月 日

- ・ 被接種者住所 _____
- ・ 被接種者名 _____
- ・ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳 月)
- ・ 電話番号 _____ ()
- ・ 保護者名前 _____
(※被接種者が満20歳以上の場合は不要)

※裏面「予防接種歴及び今後の予定」にも記入してください。

(添付書類)

- ☐ 意見書(長期療養疾病等による定期接種の特例措置)
- ☐ 親子(母子)健康手帳

(予防接種歴及び今後の予定)

種 別		接種状況		
		接種済	特例申請	接種予定
BCG		. .	☐	年 月 日頃
B型肝炎	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
	3回目	. .	☐	年 月 日頃
Hib	初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
小児用肺炎球菌	初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
5種混合 (4種混合) (3種混合)	1期初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	1期初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	1期初回3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
2種混合	2期	. .	☐	年 月 日頃
生ポリオ	1回目	. .		
	2回目	. .		
不活化ポリオ	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
	3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
麻しん風しん	1期	. .	☐	年 月 日頃
	2期	. .	☐	年 月 日頃
	3期	. .		
	4期	. .		
水痘	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
日本脳炎	1期初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	1期初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
	2期	. .	☐	年 月 日頃
HPV (ヒトパピローマ ウイルス)	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
	3回目	. .	☐	年 月 日頃

※接種済みのものは、接種した日付を記入してください。(例: 2024. 4. 1)

※接種予定のあるものにチェックし(☑)、予定年月を記入してください。

※ロタウイルスについては、当該特例の対象とはなりません。