

定期予防接種(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、次のとおり定期予防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予防接種の特例措置)
- 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	接種予定	
BCG		. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
B型肝炎予防	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
Hib	初回1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	初回2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	初回3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
小児用肺炎球菌	初回1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	初回2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	初回3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
4種混合 (3種混合)	1期1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	1期2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	1期3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
2種混合	2期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
生ポリオ	1回目	. .	/	
	2回目	. .		
不活化ポリオ	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
麻しん風しん	1期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	2期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	3期	. .	/	
	4期	. .		
水痘	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
日本脳炎	1期1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	1期2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	2期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
子宮頸がん予防	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃
	3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月頃

※接種済みのものは、接種した日付を記入してください。(例: 2017. 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。