

五所川原市長

申請者 住所 **青森県五所川原市字布屋町 41 番地 1**
 氏名 **五所 太郎** (被接種者との続柄: 父)
 電話番号 **0173-0000-△△△△**
 添付書類: 母子健康手帳等 ()
 療養疾病が分かる書類 (診断書等)
 その他 ()

予防接種法施行令第 3 条第 2 項の規定に基づき、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情がなくなつたため、下記のとおり予防接種の実施を申請します。

フリガナ	ゴショ ケンタ	性別	男 ・ 女
被接種者氏名	五所 健太	生年月日	令和 2年 4月 1日 (満 5 歳 4 か月)
被接種者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合: 五所川原市		
疾病名等特別な事情 (該当事由 <input type="checkbox"/> にチェック)	以下の①から④であり、やむを得ず定期接種を実施できなかった場合に限る。 <input checked="" type="checkbox"/> ①定期接種実施要領 (厚生労働省) に掲げる疾病にかかった (裏面参照) 疾病分類 悪性新生物 疾病名 白血病 <input type="checkbox"/> ②臓器の移植を受けた後、免疫抑制剤を服用していること <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき①または②に該当すること <input type="checkbox"/> ④災害、ワクチンの大幅な供給不足等による接種の遅延等が発生したこと		
予防接種不相当要因が生じた日	年 月 日	予防接種不相当要因がなくなった日	年 月 日
接種可能な予防接種の種類、接種回数に○印を記入してください。	①の疾病と診断された日、免疫の治療を受け始めた日等をご記入ください。 1 期初回 (1 回目) ・ 1 期追加 1 回 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加 三種混合 (DTP) 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加 二種混合 (DT) 2 期 B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 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 1 期・2 期・3 期・4 期・5 期 ※ 麻しん又は風しん 麻しん/風しん/ 1 期・2 期・3 期・4 期・5 期 ※ 子宮頸がん 1 回目・2 回目・3 回目 ヒブ (10 歳未満) 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加 小児肺炎球菌 (6 歳未満) 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) 追加 水痘 1 回目・2 回目 高齢者の肺炎球菌 1 回 高齢者の带状疱疹 生ワクチン 1 回/組換えワクチン 1 回目・2 回目		
備考			

この申請書は定期予防接種の特例措置に該当するかどうかを判断することを目的としており、申請者署名により、このことを理解の上、この申請書が県及び厚生労働省に報告されることに同意したものとみなします。

※麻しん風しん混合、麻しん又は風しんの 3 期・4 期は平成 20~24 年度対象の時限措置者に限る。

第1

1.9 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保

(2) 特別の事情

次の（ア）から（ウ）までに掲げる疾病にかかったこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。）

(ア) 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

(イ) 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群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病

(ウ) (ア) 又は (イ) の疾病に準ずると認められるもの

(注) 上記 (ウ) に該当する疾病の例は、別表2 (別添) に掲げるとおりである。ただし、これは、別表2 (別添) に掲げる疾病にかかったことのある者又はかかっている者が一律に予防接種不相当者であるということを意味するものではなく、予

別表2は市ホームページに掲載していますので、ご確認ください。

判断は、あくまで予

診を行う医師の診断の下、行われるべきものである。