

(あて先) 大町市長

長期療養後における定期予防接種申請書

長期にわたり療養が必要とする疾病等の特別な事情により、定期予防接種の対象者であった間に当該予防接種が受けられなかったが、下記のとおり当該特別な事情が解消したため、定期予防接種を受けることを申請します。

(被接種者または保護者記入欄)

被 接 種 者	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年	月	日 (歳 ヶ月)
	住 所			
	保護者名		電話番号	

(該当する疾病の主治医記入欄)

予防接種ができなかった状況(疾病名等特別な事情の内容)	(疾病名等 ・医学的な理由 具体的に:
予防接種が可能となった年月日	年 月 日
接種可能なワクチン	
その他接種にあたり注意すべきことがあればご記入ください	
医療機関及び担当医師名(署名または押印)	
定期接種として可能な期間(市記載)	年 月 日 ~ 年 月 日

※太枠内を該当する疾病の主治医にご記入いただき、大町市中央保健センターまで提出してください。

※持ち物：母子健康手帳(小児)、身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)

※定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうか判断することを目的としています。このことを理

解のうえ、本申請書が市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

被接種者または保護者

印