様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

長島町長　　殿

申請者　住所：出水郡長島町

氏名：

連絡先：

長期療養者の定期予防接種依頼申請書

　下記疾患の治療・療養が長期にわたり、やむを得ず予防接種法の定める対象年齢内に予防接種を受けることができなかった要因が解消されたため、下記の予防接種について接種することを申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名 | □申請者と同じ |
| 生年月日 |  |
| 疾患名 |  |
| 接種医療機関情報 | | 名称：  所在地：  電話番号：  医師氏名： |
| 対象となる予防接種に  ✓を付けてください | | □Hｉｂ　　　□小児用肺炎球菌　　　□BCG  □五種混合　　　□四種混合　　　□三種混合  □二種混合　　　□ポリオ　　　□ＭＲ  □水痘　　　□日本脳炎　　　□ＨＰＶ  □B型肝炎　　　□成人用肺炎球菌 |

添付書類

（１）「長期療養を必要とする疾病にかかった者の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書」（第２号様式）

（２）母子健康手帳その他骨髄移植等以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し

（３）申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※運転免許証、マイナンバーカードいずれかひとつ