

長期療養に係る定期の予防接種特例実施の申出書

令和 年 月 日

_____区保健福祉センター所長 様

申請者氏名（又は保護者氏名）_____

対象者との続柄_____

申請者住所_____

申請者電話番号_____

次の対象者については、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかる等の特別の事情により、やむを得ず予防接種法に定める定期の予防接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医から、この特別の事情が解消されたため予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。

ついては、予防接種法施行令第3条の第2項に基づき定期の予防接種の特例実施をお願いします。

記

1 対象者氏名

[生年月日： 年 月 日生（ 歳 か月） ・ 性別： 男 ・ 女]

2 対象者住所

大阪市 _____区 _____

3 長期にわたり療養を必要とした特別の事情の内容（ア～ウのうち該当するものに○印）

ア 予防接種法施行規則で定める疾病にかかったこと

イ 臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと

ウ 医学的知見に基づき、ア又はイに準ずると認められるもの

上記の疾病名等： _____

4 接種を希望する予防接種の種類（主治医の了解を得たうえで、希望するものに○印）

年齢制限あり

- ・ BCG 【4歳の誕生日の前日までの年齢制限あり】
- ・ 小児用肺炎球菌【6歳の誕生日の前日までの年齢制限あり】（初回1回目・2回目・3回目、追加）
- ・ ヒブ【10歳の誕生日の前日までの年齢制限あり】（初回1回目・2回目・3回目、追加）
- ・ 4種混合【15歳の誕生日の前日までの年齢制限あり】（1期初回1回目・2回目・3回目、1期追加）
- ・ 5種混合【15歳の誕生日の前日までの年齢制限あり】（1期初回1回目・2回目・3回目、1期追加）
- ・ 麻しん風しん混合（1期、2期、3期※、4期※）、
- ・ 麻しん（1期、2期、3期※、4期※）、風しん（1期、2期、3期※、4期※）
- ・ 水痘（1回目・2回目）
- ・ 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）
- ・ 3種混合（1期初回1回目・2回目・3回目、1期追加）
- ・ 不活化ポリオ（1期初回1回目・2回目・3回目、1期追加）
- ・ DT（2期）
- ・ 子宮頸がん予防（1回目・2回目・3回目）
- ・ 高齢者用肺炎球菌
- ・ 帯状疱疹（生1回目）（組換え1回目・2回目）

※ 麻しん、風しんの3期、4期については、平成20年度から平成24年度の間で対象者であった期間に、長期にわたる療養を必要とする特別の事情があった場合に限る。

◎ 本申出書に母子健康手帳の予防接種記録欄(写)等これまでの接種歴が分かる書類を添付してください。
 ◎ 「主治医記入欄」を主治医が記入するにあたり、文書料等の費用のかかる場合は自己負担となります。

(主治医記入欄)

表面の対象者(氏名: _____)が定期接種を受けることができなかった特別の事情の詳細は、以下のとおりです。

なお、この特別な事情がなくなった(と認められる)日は、令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日です。

次の記載例を参考に、長期の療養を要し定期予防接種を受けることができなかった疾病名、発症時期、診断から治療開始時期、治療内容と治療期間、定期予防接種が受けられなかった理由、特別の事情がなくなった状況等を明記してください。

【記載例1】

令和6年3月23日(1歳9か月)に川崎病と診断し、同日(第5病日)にガンマグロブリン大量療法(2g/kg)を行った。ガンマグロブリン投与後6か月間は予防接種を控えるよう指導しておりました。その後の経過及び令和6年10月1日(本日)の診察結果で経過良好であるため、10月2日から接種して差し支えないと判断します。

【記載例2】

令和5年3月4日(3歳6か月)に急性リンパ性白血病を発病し、診断後4月6日より抗がん剤による化学療法を開始し、その治療による免疫低下状態が約2年間続いております。そのため予防接種を受けることができていませんでしたが、令和7年6月10日現在、患児の免疫状態は回復しており、予防接種しても問題なく、その効果も期待できると判断します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

医療機関電話番号 _____

主治医氏名(自署または記名押印) _____

※ ご記入いただいた内容につきまして、大阪市の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、御協力いただきますようよろしくお願いします。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

大阪市保健所確認者 _____