

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、予防接種施行令第1条の3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）  
ヒブ[10歳の誕生日の前日までの年齢制限もあり]  
小児用肺炎球菌[6歳の誕生日の前日までの年齢制限もあり]  
3種混合（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）  
4種混合[15歳の誕生日の前日までの年齢制限もあり]（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）  
DT（2期）  
不活化ポリオ（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）  
麻しん風しん混合（1期、2期、3期<sup>2</sup>、4期<sup>2</sup>）  
麻しん（1期、2期、3期<sup>2</sup>、4期<sup>2</sup>）風しん（1期、2期、3期<sup>2</sup>、4期<sup>2</sup>）  
日本脳炎（1期初回1回目・2回目、1期追加、2期）  
子宮頸がん予防（1回目・2回目・3回目）  
BCG[4歳の誕生日の前日までの年齢制限もあり]  
水痘（1回目・2回目）  
B型肝炎ワクチン（1回目・2回目・3回目）  
高齢者用肺炎球菌

- 1 本申出書には、母子健康手帳の予防接種の記録欄(写)等これまでの接種歴が分かる書類を添付のこと。
- 2 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。

（主治医記入欄）

長期にわたり療養を必要とした特別の事情の詳細は、裏面のとおりです。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。

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 印

裏面もご記入ください。

(主治医記入欄)

(下記の記載例を参考に、疾病等の名称と定期的予防接種の対象者である間に受けられなかった理由、その期間などの詳細、特段配慮すべき予防接種の種類とその内容などをご記入ください。)

【記載例1】本児、急性リンパ性白血病を1歳3カ月の時に発病し、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、年月日現在、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。

【記載例2】本児、ネフローゼ症候群を3歳1カ月の時に発症したことにより、ステロイド剤相当量を長期に内服しており、年月日から年月日まで、予防接種は控えておりましたが、年月日現在、患児の病態は改善しており、予防接種するに差し支えないと判断します。

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いたします。

令和 年 月 日

大阪市確認者

印