

坂井市長 様

申請者（保護者）氏名

印

被接種者との続柄（ ）

連絡先（日中連絡の取れる電話番号）

坂井市長期療養者の定期予防接種申請書

予防接種法施行令第1条の2第3項の規定に基づき、下記のとおり主治医意見書を添えて定期予防接種を申請します。また、主治医意見書が接種医に情報提供されることに同意します。

被接種者	住 所	福井県坂井市		
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年	月	日 (満 歳 ヶ月)
接種予定医療機関				

【接種を希望する予防接種の種類等】

該当するものを○で囲んでください。

※接種期間は接種可能となった日から2年間（高齢者肺炎球菌は1年間）です。

定期予防接種種類・回数		接種年齢の上限
4種混合（DTP-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	15歳に達するまで
2種混合（DT）	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（MR）	1期・2期	
不活化ポリオ（IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
B C G		4歳に達するまで
ヒブ（Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	10歳に達するまで
小児用肺炎球菌	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	6歳に達するまで
子宮頸がん予防（HPV）	1回目・2回目・3回目	
水痘	1回目・2回目	
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
高齢者肺炎球菌		

「○歳に達するまで」とは、○歳の誕生日の前日までのことをいいます。

【申請書に添付するもの】

1. 特例措置対象者該当理由書（様式第2号）
2. 母子健康手帳・予防接種済証（母子健康手帳記載以外のものがある場合）
3. 接種を希望する予診票