長期療養者の定期予防接種申請書

年　　月　　日

横　手　市　長　　様

申請者（保護者または本人）

〒

住　所　横手市

氏　名

電話番号

このことについて、下記により定期予防接種を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	年　月　日	男・女
	氏名				
住　所 （申請者と異なる場合のみ記入）	〒				

希望する定期予防接種の種類 ※○をつけてください					
	Ｂ型肝炎　１回目		麻しん風しん混合（MR）　１期		不活化ポリオ　初回（１回目）
	Ｂ型肝炎　２回目		麻しん風しん混合（MR）　２期		不活化ポリオ　初回（２回目）
	Ｂ型肝炎　３回目		水痘　１回目		不活化ポリオ　初回（３回目）
	小児用肺炎球菌　１回目		水痘　２回目		不活化ポリオ　追加
	小児用肺炎球菌　２回目		日本脳炎　１期初回（１回目）		高齢者肺炎球菌
	小児用肺炎球菌　３回目		日本脳炎　１期初回（２回目）		帯状疱疹（生ワクチン）
	小児用肺炎球菌　追加		日本脳炎　１期追加		帯状疱疹（組換え１回目）
	ヒブ（Ｈｉｂ）感染症　１回目		日本脳炎　２期		帯状疱疹（組換え２回目）
	ヒブ（Ｈｉｂ）感染症　２回目		二種混合		
	ヒブ（Ｈｉｂ）感染症　３回目		ヒトパピローマウイルス　1回目		
	ヒブ（Ｈｉｂ）感染症　追加		ヒトパピローマウイルス　２回目		
	五種混合　１期初回（1回目）		ヒトパピローマウイルス　３回目		
	五種混合　１期初回（2回目）		麻しん　１期		
	五種混合　１期初回（3回目）		麻しん　２期		
	五種混合　１期初回追加		風しん　１期		
	ＢＣＧ		風しん　２期		

長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	１．疾病名 （　　） ２．治療医療機関名（　　）　主治医名（　　） ３．接種が可能となった時期　　年　　月　　日
接種予定日および医療機関	１．医療機関名（　　） ２．接種予定日　　年　　月　　日