

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 氏名	生年月日	年 月 日	男・女
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	五種混合 1期初回(2回目)	三種混合 1期初回(1回目)	
	B型肝炎 2回目	五種混合 1期初回(3回目)	三種混合 1期初回(2回目)	
	B型肝炎 3回目	五種混合 1期初回追加	三種混合 1期初回(3回目)	
	小児用肺炎球菌 1回目	BCG	三種混合 1期追加	
	小児用肺炎球菌 2回目	麻しん風しん混合(MR) 1期	麻しん 1期	
	小児用肺炎球菌 3回目	麻しん風しん混合(MR) 2期	麻しん 2期	
	小児用肺炎球菌 追加	水痘 1回目	風しん 1期	
	ヒブ(Hib)感染症 1回目	水痘 2回目	風しん 2期	
	ヒブ(Hib)感染症 2回目	日本脳炎 1期初回(1回目)	不活化ポリオ 初回(1回目)	
	ヒブ(Hib)感染症 3回目	日本脳炎 1期初回(2回目)	不活化ポリオ 初回(2回目)	
	ヒブ(Hib)感染症 追加	日本脳炎 1期追加	不活化ポリオ 初回(3回目)	
	四種混合 1期初回(1回目)	日本脳炎 2期	不活化ポリオ 追加	
	四種混合 1期初回(2回目)	二種混合	高齢者肺炎球菌	
	四種混合 1期初回(3回目)	ヒトパピローマウイルス 1回目	带状疱疹(生ワクチン)	
	四種混合 1期追加	ヒトパピローマウイルス 2回目	带状疱疹(組換え1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	带状疱疹(組換え2回目)		
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			