

# 篠栗町長期療養者の定期予防接種申請書

年 月 日

篠栗町長 殿

申請者（保護者） 氏 名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

連絡先 \_\_\_\_\_

予防接種法施行令第1条の3第2項に該当するため、下記のとおり主治医の理由書を添えて定期予防接種を申請します。

## 記

被 接 種 者	住 所	〒 _____ 篠栗町大字  電話番号 ( _____ )
	(フリガナ) 氏 名	(性別 _____)
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
疾病名及び理由		
希望する 定期予防接種名		
接種予定医療機関		

### 【申請書に添付するもの】

1. 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書
2. 母子健康手帳等予防接種履歴が確認できるもの

注) 接種期間は接種可能となった日から2年（高齢者肺炎球菌については1年）となります。  
なお、四種混合・五種混合は15歳、BCGは4歳、ヒブは10歳、小児用肺炎球菌は6歳に達するまでが対象期間となります。