

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

予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)			
	住 所	電話番号()			
特別事情の内容等	該当理由や 疾病名称等 <small>(該当箇所に○を付け必要事項を記入)</small>	①令第1条の3第2項に規定する厚生労働省令で定めるものに罹患 【分類】 _____ 【名称】 _____ ②臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた ③医学的知見に基づき①又は②に準ずると認められる 【内容】 _____			
		接種不相当要因が生じた日	年	月	日
		接種不相当要因が解消された日	年	月	日
今回の接種状況	接 種 日	年	月	日	
	ワクチンの種類・回数	<small>※接種不相当要因が解消された日から起算して2年を経過するまでの間、接種可能。ただし、BCGは4歳に達するまで、四種混合は15歳に達するまでの間。</small>			
今後の接種計画					
医療機関所在地					
医療機関名					
医師名					
備考					

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署 _____

※この理由書は、予防接種が実施できるようになってから1回目の接種時のみ使用してください。同一の者に対する2回目以降の接種時は不要です。

※接種後は、翌月10日までに予防接種券とともに市へ提出してください。