

令和 年 月 日

有田町長様

申請者氏名
(保護者)
接種者との続柄 ()
連絡先

有田町長期療養者の定期予防接種申請書

長期療養を必要とする疾病にかかったことにより、定期予防接種の機会を逸しましたが、病気の治癒等により、主治医の許可が得られたため、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。

被 接 種 者	住所／連絡先	有田町 電話番号 ()
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
診断名		
希望する予防接種		
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・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）等、
予防接種履歴が確認できるもの

※接種期間は接種可能となった日から2年。ただし、高齢者肺炎球菌及び带状疱疹については1年。なお、四種混合及び五種混合は15歳に達するまで、BCGは4歳に達するまで、ヒブは10歳に達するまで、小児肺炎球菌は6歳に達するまで。