

(あて先) 仙台市長

## 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の 特例措置による定期接種実施申請書

予防接種法施行令第3条第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、以下のとおり特例措置による定期接種の実施について申請します。

申請者	住所	〒		
	氏名	※被接種者が未成年の場合は保護者氏名を記入してください		
	電話番号		被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他( )
被接種者	住所	〒 仙台市 区		
	(ふりがな)氏名			
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
予防接種を受けられなかった特別な事情 ※該当するものに☑をすること		<input type="checkbox"/> 【a】長期療養を必要とする疾病にかかったことにより <input type="checkbox"/> 【b】その他(災害、ワクチンの大幅な供給不足等)の事情により		
特別な事情の詳細	【a】の場合	主治医等に※下記欄及び裏面の医師記入欄を記入してもらう必要があります。		
	【b】の場合	個別の事情を具体的に記入してください。また、※下記欄を記入してください。		


※下記欄 (注)特別な事情が【a】の場合は医師が、【b】の場合は申請者が記入してください。

特別な事情が生じた期間	特別な事情が生じた日	特別な事情が解消された日
	年 月 日	年 月 日
<b>特例により実施する 予防接種の種類、回数</b> ※該当する『予防接種』および『期・回数』に☑をすること  <b>(特例の期限等について)</b> ●特例の期限は、特別な事情が解消された日から2年(高齢者の肺炎球菌感染症及び带状疱疹は1年)です。 ●*が付いた予防接種の種類は、右表のとおり、特例の適用に年齢上限があります。	<b>予防接種の種類</b> <input type="checkbox"/> BCG(結核)*(4歳未満まで)	<b>期・回数</b> <input type="checkbox"/> 1回
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)感染症* (10歳未満まで)	<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症* (10歳未満まで)	<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib)* (15歳未満まで)	<input type="checkbox"/> 1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 1期初回3回目 <input type="checkbox"/> 1期追加
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	<input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス(HPV)感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 1回
	<input type="checkbox"/> 高齢者の带状疱疹	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目(不活化のみ)

この申請書は、定期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。  
また、本申請書の内容(年齢、予防接種の種類、回数、特別な事情の事由)が厚生労働省に報告されることに同意します。

## 医師記入欄

表面の被接種者が定期接種を受けることができなかった特別な事情の詳細は、以下のとおりです。

特別な事情 の状況	<p><b>疾病名等、特別な事情(予防接種不适当要因)の内容について</b></p> <p>次の A～C のうち該当するものに☑を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> A 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったため</p> <p>●疾病分類_____</p> <p>●疾病名_____</p> <p>【参考】対象疾病一覧(仙台市ホームページにリンクします)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"><p><a href="https://www.city.sendai.jp/kenkoanzen-kansen/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryo/kansensho/yobosesshu/yobosesshu/documents/sikkan.pdf">https://www.city.sendai.jp/kenkoanzen-kansen/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryo/kansensho/yobosesshu/yobosesshu/documents/sikkan.pdf</a></p></div> <p><input type="checkbox"/> B 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ため(やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限り)</p> <p><input type="checkbox"/> C 医学的知見に基づき(A)または(B)に準ずると認められるもの</p> <p>●疾病名等_____</p>
	<p>上記疾病等により、定期接種が対象期間内に受けられなかった理由等</p> <p>(記入例) 上記疾病により、〇〇(医療行為の内容)を行ったため、表面下部で示した定期接種を対象期間に受けることができなかったため。</p>
医師名	
医療機関	医療機関名、所在地、電話番号

※ご記入いただいた内容につきまして、仙台市の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、御協力いただきますようよろしくお願いいたします。