

(申請日) 年 月 日

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予防接種依頼申請書

柳川市長 様

長期療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情により定期予防接種を受けることができませんでしたが、主治医から特別な事情が解消されたとの判断を受けたため、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、次のとおり定期予防接種の実施について申請します。

申請者(保護者)

住 所 柳川市 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

電話番号 _____

被接種者 住 所 柳川市 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 歳 _____ か月)

電話番号 _____

接種を希望する予防接種 ※該当するものに○をしてください。

ヒブ・小児用肺炎球菌・五種混合・三種混合・二種混合・不活化ポリオ・BCG・
麻しん・風しん・麻しん風しん混合・水痘・日本脳炎・子宮頸がん予防・B型肝炎・
高齢者用肺炎球菌・帯状疱疹

接種を希望する医療機関名 _____

*申請時には、母子健康手帳の予防接種欄のコピーも添付してください。(高齢者用肺炎球菌と帯状疱疹は除く)