

長期療養を必要とする疾病にかかった等特別の事情による
定期予防接種特例実施申請書

(様式1)

申請日 令和 年 月 日

神戸市保健所長 あて

特別の事情により対象期間にできなかった定期予防接種について、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、特例実施をお願いします。

申請者氏名 <small>(未成年者の場合は保護者)</small>	続柄 ()		
被接種者	フリガナ		
	氏名	(男・女)	
	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 生 (満 歳 か月)
住民登録の住所	〒 (日中連絡のつく電話番号を記載してください) TEL		
接種場所	いずれかに○をつけてください。(下記主治医のもと・主治医以外) ※主治医以外の場合は接種医療機関に事前に接種可能確認のうえ、以下を必ず記入してください。 医療機関名 TEL 接種医名		

(主治医記入欄) 神戸市担当より記載内容についての詳しい状況を、お電話で確認させていただく場合があります。

定期予防接種対象期間内に長期療養を必要とした疾病名等の「特別の事情」	
(疾病名)	
(治療歴)	
(対象期間内に予防接種が不相当であった医学的理由)	

予防接種不相当要因が生じた日： 年 月 日 / 解消された日： 年 月 日

接種が可能となり、今回申請する予防接種	ワクチン種類	該当するものに、○印を記入してください。	神戸市記入欄
	Hib (ヒブ) 10歳の誕生日前日まで	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	可・一部可・否
	小児肺炎球菌 6歳の誕生日前日まで	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	可・一部可・否
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	可・一部可・否
	五種混合 (DPT-IPV-Hib) 15歳の誕生日前日まで	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	可・一部可・否
	四種混合 (DPT-IPV) 15歳の誕生日前日まで	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	可・一部可・否
	三種混合 (DPT)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	可・一部可・否
	不活化ポリオ (IPV)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	可・一部可・否
	BCG 4歳の誕生日の前日まで	1回	可・一部可・否
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	可・一部可・否
	麻しん	1期・2期	可・一部可・否
	風しん	1期・2期	可・一部可・否
	水痘	初回・追加	可・一部可・否
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	可・一部可・否
	二種混合 (DT)	2期	可・一部可・否
	ヒトパピローマウイルス (HPV)	1回目・2回目・3回目 接種予定のワクチン (サーバリックス・ガーダシル・シルガード9)	可・一部可・否
高齢者肺炎球菌	1回 過去の接種歴 (なし・あり)	可・否	

以上のことより、現状で上記の接種を可能と判断します。

医療機関名	医師名
医療機関所在地 TEL	記入日 年 月 日
備考	