

高砂市定期予防接種 特例実施申請書

申請日 年 月 日

高砂市長 様

申請者

住 所

被接種者との

氏 名

続 柄 ()

電話番号

予防接種法施行規則第2条の5で定める特別の事情により既定の接種時期に実施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1条の3第2項の規定に基づき、特例実施をお願いします。

被 接 種 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			(満 歳 箇月)
	住 所	〒 高砂市 電話番号		
(未成年の場合) 保護者氏名	被接種者との続柄 ()			
予防接種の 種類 該当に○を記入	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		
	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		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	四種混合 (15歳の誕生日前日まで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	BCG (4歳の誕生日前日まで)	1回		
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期		
	二種混合	2期		
	ヒトパピローウイルス (HPV)	1回目・2回目・3回目		
	高齢者肺炎球菌	□所得状況等について関連部署の資料により調査されることに同意します。		
接種を希望する 医療機関	名 称： 所在地：			
申請理由 該当に☑を記入	□接種のための受診による新型コロナウイルス感染症へのり患リスクが、予防接種を延期することによるリスクよりも高いと考えられたため。 □その他 ()			