

## 長期療養者の予防接種申請書

草加市長 あて

令和 年 月 日

下記の通り、病状が回復し主治医から予防接種を受ける事の許可がありましたので、主治医の該当理由書を添えて申請します。

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| フリガナ            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 性別    |
| 予防接種を受ける人の氏名    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日         | 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |
| 申 請 者           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 続柄( ) |
| 保 護 者 氏 名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 続柄( ) |
| 住 所 お よ び 連 絡 先 | 草加市<br>自宅・携帯 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 診 断 名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
| 診断を受けた医療機関名     | 主治医名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |
| 接 種 予 定 医 療 機 関 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
| 希望する予防接種の種類     | ロタリックス(1回 2回)      ロタテック(1回 2回 3回)<br>BCG                      三種混合 (1回 2回 3回 追加)<br>五種混合 (1回 2回 3回 追加)<br>ヒブワクチン(1回 2回 3回 追加)<br>不活化ポリオ (1回 2回 3回 追加)<br>B型肝炎 (1回 2回 3回)<br>小児用肺炎球菌ワクチン (1回 2回 3回 追加)<br>日本脳炎 (1回 2回 1期追加 2期)<br>麻しん風しん混合(1期 2期 3期 4期)<br>水痘 (1回 2回)                      二種混合<br>子宮頸がん (1回 2回 3回)<br>高年者肺炎球菌                      带状疱疹 (1回 2回) |       |

| 受付日 | 対応者 |
|-----|-----|
|     |     |