

長期療養等による定期予防接種特例実施申請書

申請日 令和 年 月 日

鴨川市長 様

申請者 住 所 鴨川市 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 番 号 _____

下記の理由により対象期間に実施できなかった定期予防接種について、予防接種施行令第3条第2項の規定に基づき、関係書類を添付し、特例実施の申請をします。

記

接 種 希 望 者 氏 名	
接 種 希 望 者 生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
予 防 接 種 種 類	
定期予防接種の実施機関に 接種できなかった理由	
接 種 希 望 医 療 機 関 名	

留意事項

1 長期療養等により定期予防接種を特例実施した場合、被接種者の接種時の年齢、かかっていた病気の名前や受けられなかった理由などが「長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書」と併せて厚生労働省に報告されます。