

様式第1号（表面）

年 月 日

（宛先）名古屋市保健所長

特別の事情による定期予防接種実施申請書

このことについて、特別の事情により定期予防接種を対象年齢中にうけることができなかつたため、下記のとおり予防接種の実施をお願いします。なお、この申請書の内容が厚生労働省に報告されることに同意します。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	フリカゝナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 (満 歳 か月)
	氏名				
	住民登録住所	〒 - 区			
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ (本人申請は18歳以上) (被接種者との続柄)			
	住所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 -			
	電話番号	- -			
希望する予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	BCG	<input type="checkbox"/> BCG			
	麻しん・風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 2期			
	二種混合(DT)	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)			
	子宮頸がん(シルガード9)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	三種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
带状疱疹	<input type="checkbox"/> 带状疱疹				
定期予防接種を受けることができなかつた特別な事情	<input type="checkbox"/> 医師意見書(裏面)のとおり (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) <input type="checkbox"/> 虐待やネグレクト等				
接種医療機関					
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書(様式第1号裏面) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の1ページ目(出生届出済証明の記載がある箇所) ※母子健康手帳の再発行等により「出生届出済証明」に記載がない場合は、 母子健康手帳の表紙(子の氏名が記載されていること)を添付してください。 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種の記録(1)～(5)				
(保健センター記入欄)					(保健センター收受印)