

特別の理由による予防接種再接種実施申請書

(あて先) 名古屋市長

申請書 (保護者等)

住 所 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号

氏 名 名古屋 花子
(被接種者との続柄 母)

電話番号 0 5 2 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

骨髄移植手術その他の医療行為により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと医師に判断された者に対する任意予防接種実施要領第 6 条の規定に基づき、次のとおり予防接種の実施を申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報 (疾病の状況等) があるときは、名古屋市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	住 所	☒ 申請者と同じ ☐ 名古屋市 区
	(ふりがな) 氏 名	名古屋 太郎 (☒ 男・ ☐ 女)
	生 年 月 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 (満 〇〇 歳 〇ヶ月)
接 種 を 希 望 す る 予 防 接 種	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎 (DPT-IPV) (回)	
	☐ 急性灰白髄炎 (ポリオ) (回)	
	☐ 麻しん・風しん (MR) (回)	
	☐ 日本脳炎 (回)	
	☐ ジフテリア・破傷風 (DT) (回)	
	☐ インフルエンザ菌 b 型 (Hib) (回)	
	☐ 小児肺炎球菌 (回)	
	☐ 子宮頸がん (回)	
	☐ 水 痘 (回)	
	☒ B型肝炎 (3 回)	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風 (DPT) (回)	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・インフルエンザ菌 b 型 (DPT-IPV-Hib) (回)	
接 種 医 療 機 関	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所 在 地	名古屋市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号
添 付 書 類	☒ 主治医意見書 (第 2 号様式)	
	☒ 母子健康手帳の予防接種記録が記載されているページ等の写し	

(保健センター収受印))