

年 月 日

湯沢町長 様

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種  
に関する特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかつた者が、今般、特別の事情がなくなつたため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

|   |   |                         |              |
|---|---|-------------------------|--------------|
| 被接種者  | 住所                                      | 湯沢町                     |              |
|   | (フリガナ)氏名                                | 電話 ( )                  |              |
|   | 生年月日                                    | 年 月 日                   | 生まれ (満 歳 カ月) |
| 該当理由 (下記の当てはまる項目にチェックをしてください。)<br><input type="checkbox"/> ① 重症複合免疫不全症等、免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病にかかったこと<br><input type="checkbox"/> ② 白血病等、免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病にかかったこと<br><input type="checkbox"/> ③ その他①と②に準ずると認められる疾病にかかったこと<br><input type="checkbox"/> ④ 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと<br><input type="checkbox"/> ⑤ 医学的見地に基づき①～④に準ずると認められること |   |                         |              |
| やむを得ず定期接種が受けられなかつたと判断した理由   |   |                         |              |
| 定期予防接種不適當要因が生じた日  |   | 年 月 日                   |              |
| 定期予防接種不適當要因が解消された日  |   | 年 月 日                   |              |
| 接種予定のワクチン<br>(該当するワクチンに<br>チェック、回数に○を<br>つけてください。)<br>※上記理由により接種<br>できなかつたものに限<br>る   | <input type="checkbox"/> 五種混合(※四種混合を含む) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 |              |
|   | <input type="checkbox"/> 二種混合           |                         |              |
|   | <input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん混合)  | 1期・2期                   |              |
|   | <input type="checkbox"/> 日本脳炎           | 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期  |              |
|   | <input type="checkbox"/> BCG            |                         |              |
|   | <input type="checkbox"/> Hib            | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加   |              |
|   | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌        | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加   |              |
|   | <input type="checkbox"/> HPV            | 1回目・2回目・3回目             |              |
|   | <input type="checkbox"/> 水痘             | 初回・追加                   |              |
|   | <input type="checkbox"/> B型肝炎           | 1回目・2回目・3回目             |              |
| <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌   |   |                         |              |
| <input type="checkbox"/> 帯状疱疹   | 1回目・2回目                                 |                         |              |
| 医療機関情報  | 医療機関所在地<br>医療機関名<br>担当医師名               |                         |              |

※太枠内が医師記入部分

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかを判断することを目的としています。  
このことを理解のうえ、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者等自署

\_\_\_\_\_