

上三川町長 様

**長期療養を必要とする疾病にかかった者等が定期接種に関する特例措置を受けるための申請書**

長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別な事情により定期予防接種を受けられなかった者に該当しますので、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、定期予防接種に関する特例措置の適用を申請します。

なお、本申請書が厚生労働省に報告されることに同意します。

申請者	氏名		被接種者との関係	
	住所		電話番号	
被接種者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所			
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)		
特別の事情	<input type="checkbox"/> ① 別表に記載のある疾病	分類		医師の意見書が必要
		名称		
	<input type="checkbox"/> ② 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			
	<input type="checkbox"/> ③ 医学的知見に基づき①または②に準ずると認められる	内容		医師の意見書は不要
<input type="checkbox"/> ④ 災害、ワクチンの供給不足その他これに類する事由が発生した  ( )	該当する予防接種の種類及び回数：			

**医師の意見書**

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った者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断します。

今回接種可能となった 予防接種の種類及び回数	
予防接種不相当要因が生じた日	年 月 日
予防接種不相当要因が解消された日	年 月 日
医療機関所在地 医療機関名 医師名	
備考	

この意見書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。