

様式第 6 号（第 1 6 条関係）

長期療養者のための定期予防接種申請書

年 月 日

白浜町長 様

【申請者】住所 _____
 氏名 _____ 印
 接種者との続柄（ ）
 電話番号 _____

予防接種法施行令第 1 条の 2 第 2 項の規定に基づき、下記のとおり主治医理由書を添えて定期予防接種を申請します。

被接種者	住 所	白浜町 電話番号 ()
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ケ月)
接種予定医療機関		
希望する予防接種の種類		
☐ B C G		
☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib)		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加
☐ 四種混合 (DPT-IPV)		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加
☐ 不活化ポリオ (IPV)		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加
☐ 三種混合 (DPT)		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加
☐ 二種混合 (DT)		
☐ 日本脳炎		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目) ・ 1 期追加 ・ 2 期
☐ 麻しん風しん混合 (MR)		1 期 ・ 2 期
☐ 麻しん単独		1 期 ・ 2 期
☐ 風しん単独		1 期 ・ 2 期
☐ 子宮頸がん予防 (HPV)		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
☐ H i b 感染症		初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加
☐ 小児用肺炎球菌		初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加
☐ 水痘		1 回目 ・ 2 回目
☐ B 型肝炎		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
☐ 高齢者用肺炎球菌		
☐ 帯状疱疹		

【申請書に添付するもの】

1. 主治医理由書 2. 母子健康手帳の写し (1 8 歳未満、予防接種履歴の確認のため)