

様式第6号（第16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 _____ ⑩
 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 ヶ月)
接種予定医療機関		
希望する予防接種の種類		
<input type="checkbox"/> B C G		
<input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV)		1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(IPV)		1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
<input type="checkbox"/> 三種混合(DPT)		1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)		
<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"/> 麻しん風しん混合(MR)		1期・2期
<input type="checkbox"/> 麻しん単独		1期・2期
<input type="checkbox"/> 風しん単独		1期・2期
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(HPV)		1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> Hib感染症		初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌		初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 水痘		1回目・2回目
<input type="checkbox"/> B型肝炎		1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌		

【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(予防接種履歴の確認のため)