

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

吹田市長 宛て

予防接種法施行令第3条の2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ったため、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	フリガナ 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
	保護者氏名 (未成年者の場合)			
	住所	( 電話 — — )		
疾病名等、特別 な事情の内容	疾病分類			
	疾病名			
	該当理由			
	予防接種不適當要因が生じた日	年 月 日		
	予防接種不適當要因が解消された日	年 月 日 <small>この日から2年間の機会が確保されます(※の場合は上限年齢あり)</small>		
今回実施する 予防接種の種類、 回数、時期	(A)			
予防接種の 今後の計画 (予防接種の種類、 回数、時期等)	(B) <small>(A)及び(B)に記載されたワクチンについて、不適當要因が解消された日から2年間(※の場合は上限年齢あり)、本理由書により接種可能となります</small>			
医療機関所在地 医療機関名 医師名				
備考				

(※)ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風は4種混合及び、5種混合ワクチンを使用する場合に限り15歳に達するまでの間、結核は4歳に達するまでの間、Hib感染症は10歳に達するまでの間、小児の肺炎球菌感染症は6歳に達するまでの間を上限年齢とします。

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どう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。

保護者自署