

特例措置対象者該当理由書

令和 年 月 日

厚木市長 宛て

提出者 住 所 厚木市 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

次のとおり、対象期間内に定期接種を受けることができませんでしたので、予防接種法施行令第3条第2項の規定により本理由書を添えて接種を希望します。

被接種者	住 所	厚木市
	(フリガナ) 氏 名	
	生年月日	
特別の事情	MRワクチンの偏在等が生じたことに伴い、定期予防接種を対象期間内に受けることができなかったため。	
予防接種の種類 及び回数  (該当するものに○を 記入してください。)	① B型肝炎	初回(1回目・2回目)・追加
	② Hib(ヒブ) ※10歳の誕生日の前日まで	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	③ 小児用肺炎球菌 ※6歳の誕生日の前日まで	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	④ 四種混合 ※15歳の誕生日の前日まで	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	⑤ 三種混合	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	⑥ 不活化ポリオ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	⑦ BCG ※4歳の誕生日の前日まで	1回
	⑧ 麻しん・風しん混合	1期・2期
	⑨ 麻しん	1期・2期
	⑩ 風しん	1期・2期
	⑪ 水痘	1回・2回
	⑫ 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目・追加)・2期
	⑬ 二種混合	2期
	⑭ HPV(ヒトパピローマウイルス)	1回目・2回目・3回目
	⑮ 高齢者肺炎球菌	1回
実施医療機関		
次の注意事項に同意した上で、接種を希望します。 ・本理由書は、実施医療機関から厚木市に提出されます。 また、厚木市が定期予防接種として認めた後は、本理由書は厚生労働省に報告されます。 ・接種後に、重複接種、接種間隔誤り等、定期接種と認められないことが判明した場合は、任意接種となり、費用は全額自己負担となります。		
(保護者の署名) _____ (連絡先) _____		