

(定期予防接種対象年齢の特例措置用)

長期療養特例理由書

長期にわたり療養が必要となる疾病等により、定期予防接種を受けられなかった理由について

対象者氏名	
住 所	
電 話 番 号	
生 年 月 日	年 月 日生まれ (歳 カ月)
定期接種期間内に 接種できなかった 理由	疾病名 _____ 疾病の経過、治療の経過等 予防接種不適當要因が生じた時期： 年 月 接種が可能になった日： 年 月 日
長期療養特例の適用を希望する予防接種の種類、回数	
上記予防接種の接種計画	
上記のとおり判断する。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 医療機関所在地 医療機関の名称 医師名 (医師の署名又は記名押印)	

※太枠内を、該当する疾病の主治医に記載してもらい、健康づくり課窓口 (市役所東庁舎2階) にご提出ください。(対象者が26歳以下の場合は、母子健康手帳を必ずお持ちください。)

※医療機関での文書作成にかかる費用が発生する場合は、対象者の自己負担となります。

長期療養特例を適用する期間 (市記載欄)	年 月 日 から 年 月 日まで
長期療養特例を適用する予防接種の種類、回数 (市記載欄)	