（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  予防接種不適当要因が生じた時期：　　　　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。  令和　　年　　月　　日  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。）

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |  |

※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。