様式第１号

健　　　年　　月　　日

北見市長　様

**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**

　予防接種法施行令第3条第2項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った者が、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 | 住　所 | 電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　　　　　 年　　　 月　　　 日 （満　　　歳　　　ヶ月） |
| 疾病名等、特別な事情の内容 | （疾病分類）（疾病名）（該当理由）（予防接種不適当要因が生じた日）　　　　　　年　　　月　　　日（予防接種不適当要因が解消された日）　　　　年　　　月　　　日 |
| 今回実施する予防接種の種類、回数※該当する項目にチェック及び○を付けてください。 | □ 成人用肺炎球菌 |
| □ 帯状疱疹 | 組換えワクチン（１回目・２回目） |
| 生ワクチン |
| 医療機関 | 所在地名　称医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 備　考 |  |

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。

このことを理解の上、本理由書が北見市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

本人（保護者）自署