

# 長期療養者等のための定期予防接種依頼申込書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住 所 〒  
小千谷市  
氏 名  
電話番号  
被接種者との続柄

※申請者は、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

次の疾患の治療・療養が長期にわたり、やむを得ず予防接種法の定める対象年齢内に予防接種を受けることができなかったが、その要因が解消されたため、次の予防接種について接種を受けたく、依頼書の発行を申し込みます。

|                    |             |                                 |      |
|--------------------|-------------|---------------------------------|------|
| 被<br>接<br>種<br>者   | 住 所         | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 小千谷市 |
|                    | フリガナ<br>氏 名 |                                 |      |
|                    | 生 年 月 日     | 年 月 日（満 歳 か月）                   |      |
| 疾患名                |             |                                 |      |
| 希望する<br>予防接種の種類、回数 |             |                                 |      |
| 接種予定医療機関           |             |                                 |      |
| 備 考                |             |                                 |      |

※（添付書類）

1. 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
2. 母子健康手帳（高齢者肺炎球菌、带状疱疹の場合は不要）