

年 月 日

(宛先) 海老名市長

(申請者) 氏名 _____ 続柄 () _____

住所 _____

電話番号 _____

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種実施申請書

長期にわたり療養を必要とする疾患にかかったことにより、定期予防接種を受けることが出来ませんでした。症状が快復し、別紙のとおり主治医の許可が得られたため、予防接種法施行令第1条の2第3項の規定に基づき、定期予防接種の実施について申請します。

被接種者	(ふりがな) 氏名			
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)		
長期療養を必要とする 疾病名				
病気になり予防接種が できなくなった日	年 月 日	予防接種が 可能となった日	年 月 日	
希望する予防接種 (種類、回数)				
かかっている医療機関名				
接種予定医療機関名 (※)				

※市の指定以外の医療機関での接種は、「予防接種依頼書」交付申請が必要な場合があります。

下記の事項に同意の上、定期予防接種の申請をします。

- 1) 申請者が本人以外の場合は、本人との続柄を公簿等で確認することに同意します。
- 2) 公簿等で確認できない場合は、関係堡塁の提出を行います。
- 3) 予防接種の履歴について公簿等で確認することに同意します。