

令和 年 月 日

四條畷市長あて

(申請者)

住 所

氏 名

電 話

定期の予防接種（特例措置）接種券申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病（長期療養疾病）で厚生労働省令に定めるものにかかったことその他の厚生労働省令に定める特別な事情があることにより、予防接種法第3条に基づく予防接種を対象年齢範囲内に接種できませんでした。

現在は回復し、主治医から予防接種が可能と判断されたため、予防接種法に基づく予防接種を受けたく、別紙「主治医意見書」を添えて申請いたします。

接種を受ける人 (被接種者)	フリガナ		
	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所に同じ 四條畷市	
	電話番号	()	
接種する医療機関名 および所在地	〒		
接種を希望するワクチンに○を付けてください。 ➡		高齢者肺炎球菌	
		高齢者带状疱疹（生ワクチン）	
		高齢者带状疱疹（組換えワクチン）	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目

受付日	担当者名