

三股町長 殿

**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（高齢者用）**

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つた者が、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（ ）
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
特別な事情の 内容 ※□にチェックを 付ける。	<input type="checkbox"/> ①厚生労働省令で定める疾病に罹患した <u>分類</u> (別表参考) <u>名称</u> (別表参考) <該当理由> <input type="checkbox"/> ア：免疫不全症その他の免疫の機能に支障を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> イ：白血病その他免疫の機能を抑制する治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ウ：アまたはイに準ずる疾病 <input type="checkbox"/> ②臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき、①または②に準ずると認められる	
予防接種不適當要因が生じた日	平成・令和 年 月 日	
予防接種不適當要因が解消された日	令和 年 月 日	
予防接種種類、 今後の計画、 接種回数等 ※○を付ける。	高齢者肺炎球菌	1 回
	带状疱疹	1 回 ・ 2 回 (組換えワクチン使用の場合は2回接種)
医療機関所在地 医療機関名 医師名		
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、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

本人（または代理人）自署