

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の
特例措置による定期接種実施理由書

被接種者	住 所	〒 神戸市 区
	(ふりがな) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (申請日時点: 歳 か月)

1. 特別な事情が生じた期間	
特別な事情が生じた日	特別な事情が解消された日
年 月 日	年 月 日
2. 特別な事情の状況	
(1) 疾病名等、特別な事情(予防接種不适当要因)の内容について 次の①～③のうち該当するものに☐を付けてください。 ☐ ① 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったため (これにより、やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限ります) 疾病分類 _____ 疾病名 _____ 【参考】別表2(神戸市ホームページにリンクします)  ☐ 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ため (やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限ります) ☐ 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もの 疾病名等 _____	
(2) 上記疾病等により、定期接種が対象期間内に受けられなかった理由等	

(記入例) 上記疾病により、〇〇(医療行為の内容)を行ったため、裏面で示した定期接種を対象期間に受けることができなかったため。

3. 特例により実施する予防接種の種類、回数

※該当する『予防接種』および『期・回数』に☐をすること

(特例の期限等について)

●特例の期限は、特別な事情が解消された日から2年(高齢者の肺炎球菌感染症及び带状疱疹は1年)です。

●*が付いた予防接種の種類は、表のとおり、特例の適用に年齢上限があります。

予防接種の種類	期・回数
☐ BCG(結核) *(4歳未満まで)	☐ 1回
☐ B型肝炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目
☐ ヒブ(Hib)感染症 *(10歳未満まで)	☐ 初回1回目 ☐ 初回2回目 ☐ 初回3回目 ☐ 追加
☐ 小児の肺炎球菌感染症 *(6歳未満まで)	☐ 初回1回目 ☐ 初回2回目 ☐ 初回3回目 ☐ 追加
☐ 五種混合(DPT-IPV-Hib) *(15歳未満まで)	☐ 1期初回1回目 ☐ 1期初回2回目 ☐ 1期初回3回目 ☐ 1期追加
☐ 麻しん風しん混合(MR)	☐ 1期 ☐ 2期
☐ 水痘	☐ 1回目 ☐ 2回目
☐ 日本脳炎	☐ 1期初回1回目 ☐ 1期初回2回目 ☐ 1期追加 ☐ 2期
☐ 二種混合(DT)	☐ 2期
☐ ヒトパピローマウイルス(HPV)感染症	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目
☐ 高齢者の肺炎球菌感染症	☐ 1回
☐ 高齢者の带状疱疹	☐ 1回目 ☐ 2回目(不活化のみ)

4. 医療機関名

医師名	
医療機関名、 所在地、 電話番号	

※担当医さま:ご記入いただいた内容につきまして、神戸市の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、御協力いただきますようよろしくお願いします。

※申請者記入欄

この証明書は、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、本証明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。

申請者自署: