

東かがわ市告示第 77 号

東かがわ市長期療養者のための定期予防接種実施要領の一部を改正する告示を次のように定める。

令和 7 年 4 月 1 日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市長期療養者のための定期予防接種実施要領の一部を改正する告示

東かがわ市長期療養者のための定期予防接種実施要領（平成27年東かがわ市告示第75号の4）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
(趣旨) 第1条 この要領は、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防接種（ロタウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症を除く。）の機会を逸した者について、当該機会を確保することに関し、必要な事項を定めるものとする。	(趣旨) 第1条 この要領は、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防接種（ロタウイルス感染症及びインフルエンザを除く。）の機会を逸した者について、当該機会を確保することに関し、必要な事項を定めるものとする。
(対象となる予防接種) 第2条 長期療養者のための定期予防接種の対象となる予防接種は、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号。以下「令」という。）第3条第1項の表に掲げる疾病（ロタウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症を除く。以下「特定疾病」という。）の予防接種とする。	(対象となる予防接種) 第2条 長期療養者のための定期予防接種の対象となる予防接種は、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号。以下「令」という。）第3条第1項に掲げる疾病の予防接種（ロタウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症を除く。）とする。
(対象者) 第4条 対象者は、東かがわ市の住民基本台帳に登録している者で、特定疾患に係る定期の予防接種の対象者であった者（帯状疱疹以外の特定疾患有あっては当該特定疾患有にかかっている者又はかかったことのある者、帯状疱疹にあっては当該疾患有にかかっている者その他厚生労働省令で定める者を除く。）であった間に、長期にわたり療養を必要とする厚生労働省令で定める疾患有にかかったことにより、定期予防接種の機会を逸した者とする。	(対象者) 第4条 対象者は、東かがわ市の住民基本台帳に登録している者で、令第3条第1項に掲げる定期の予防接種（ロタウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症を除く。）の対象であった間に、長期にわたり療養を必要とする厚生労働省令で定める疾患有にかかったことにより、定期予防接種の機会を逸した者とする。
2・3 略 (予防接種の期間)	2・3 略 (予防接種の期間)

改正後

第6条 予防接種を受けることができる期間は、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情がなくなった日から起算して2年（ただし、高齢者の肺炎球菌感染症及び帯状疱疹については1年とする。）を経過する日までとする。ただし、次の各号に掲げる予防接種については、当該各号に掲げる日までとする。

(1)～(4) 略

様式第1号（第4条関係）

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

東かがわ市長 様	申請者 氏名	対象者との続柄（ <u> </u> ）
	住 所	東かがわ市
	電 話	

下記の対象者については、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出来なかつたが、このたび主治医からその要因が解消されたため、予防接種を受けて差し支えないと診断を受けました。

つきましては、予防接種施行令第1条の3第2項に基づき定期予防接種の実施をお願いします。

記

1. 対象者	
ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	東かがわ市

2. 主治医の診断を受けた上で、接種を希望する予防接種の種類及び接種区分（複数選択可）

<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ BCG (4歳に達するまで)	
<input type="checkbox"/> □ 五種混合 (DPT/IPV/Hib)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ 四種混合 (DPT/IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ 三種混合 (DPT)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ 二種混合 (DT)	2期
<input type="checkbox"/> □ 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
<input type="checkbox"/> □ 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> □ 麻しん	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> □ 頭頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> □ ヒブ (HiB) (五種混合ワクチンを使用する場合、15歳に達するまで)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> □ ヒブ (HiB) (10歳に達するまで)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> □ 小児用肺炎球菌 (6歳に達するまで)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> □ 水痘	1回目・2回目
<input type="checkbox"/> □ B型肝炎	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> □ 成人用肺炎球菌	
<input type="checkbox"/> □ 帯状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 1回目・2回目

接種医療機関

添付書類 母子健診手帳
・長期療養を必要とする疾病にかかった者の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書（様式第2号）

改正前

第6条 予防接種を受けることができる期間は、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情がなくなった日から起算して2年（ただし、高齢者の肺炎球菌感染症については1年とする。）を経過する日までとする。ただし、次の各号に掲げる予防接種については、当該各号に掲げる日までとする。

(1)～(4) 略

様式第1号（第4条関係）

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

東かがわ市長 様	申請者 氏名	対象者との続柄（ <u> </u> ）
	住 所	東かがわ市
	電 話	

下記の対象者については、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出来なかつたが、このたび主治医からその要因が解消されたため、予防接種を受けて差し支えないと診断を受けました。
つきましては、予防接種施行令第1条の3第2項に基づき定期予防接種の実施をお願いします。

記

1. 対象者

ふりがな 氏 名	性別	男	女
生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
住 所	東かがわ市		

2. 主治医の診断を受けた上で、接種を希望する予防接種の種類及び接種区分（複数選択可）

<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ BCG (4歳に達するまで)	
<input type="checkbox"/> □ 五種混合 (DPT/IPV/Hib)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ 四種混合 (DPT/IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ 三種混合 (DPT)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> □ 二種混合 (DT)	2期
<input type="checkbox"/> □ 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
<input type="checkbox"/> □ 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> □ 麻しん	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> □ 頭頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> □ ヒブ (HiB) (五種混合ワクチンを使用する場合、15歳に達するまで)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> □ ヒブ (HiB) (10歳に達するまで)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> □ 小児用肺炎球菌 (6歳に達するまで)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> □ 水痘	1回目・2回目
<input type="checkbox"/> □ B型肝炎	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> □ 成人用肺炎球菌	
<input type="checkbox"/> □ 帯状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 1回目・2回目

接種医療機関

添付書類 母子健康手帳
・長期療養を必要とする疾患にかかった者の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書（様式第2号）

改正後

様式第2号（第4条関係）

年月日

長期療養を必要とする疾病にかかった者の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第1条の3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つたため、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 (ふりがな) 氏名・性別	住所 東かがわ市	電話番号 ()
	生年月日	(男・女)
	年月日 (満歳か月)	
疾病名		
該当理由	<input type="checkbox"/> ① 重症複合免疫不全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ② 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ③ ①または②に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾患 <input type="checkbox"/> ④ 器官移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> ⑤ 医学的知見に基づき、①～④に準すると認められるもの	
予防接種不適当要因 が解消された日	年月日 ※上記から2年間は接種可能(ただし成人用肺炎球菌及び帯状疱疹は1年間)	
接種可能と判断された予防接種の種類に チェック及び接種回数に○印	□不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□B CG (4歳に達するまで)	
	□五種混合 (DPT-IPV-Hib) (15歳に達するまで)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□四種混合 (DPT-IPV) (15歳に達するまで)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□二種混合 (DT)	2期
	□日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	□麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期
	□麻しん	1期・2期・3期・4期
	□風しん	1期・2期・3期・4期
	□子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
	□ヒビ (Hib) (五種混合ワクチンを使用する場合、15歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	□ヒビ (Hib) (10歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	□小児用肺炎球菌 (6歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	□水痘	1回目・2回目
	□B型肝炎	1回目・2回目・3回目
□成人用肺炎球菌		
□帯状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 1回目・2回目	
医療機関 所在地 名 称 医師名	印 (必ず医師の直筆の署名及び押印をしてください)	
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。 保証者自署	

附 則

この告示は、令和7年4月1日から施行する。

改正前

様式第2号（第4条関係）

年月日

長期療養を必要とする疾病にかかった者の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第1条の3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つたため、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 (ふりがな) 氏名・性別	住所 東かがわ市	電話番号 ()
	生年月日	(男・女)
	年月日 (満歳か月)	
疾患名		
該当理由	<input type="checkbox"/> ① 重症複合免疫不全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾患 <input type="checkbox"/> ② 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾患 <input type="checkbox"/> ③ ①または②に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾患 <input type="checkbox"/> ④ 器官移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> ⑤ 医学的知見に基づき、①～④に準ると認められるもの	
予防接種不適当要因 が解消された日	年月日 ※上記から2年間は接種可能(ただし成人用肺炎球菌は1年間)	
接種可能と判断された予防接種の種類に チェック及び接種回数に○印	□不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□B CG (4歳に達するまで)	
	□五種混合 (DPT-IPV-Hib) (15歳に達するまで)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□四種混合 (DPT-IPV) (15歳に達するまで)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	□二種混合 (DT)	2期
	□日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	□麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期
	□麻しん	1期・2期・3期・4期
	□風しん	1期・2期・3期・4期
	□子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
	□ヒビ (Hib) (五種混合ワクチンを使用する場合、15歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	□ヒビ (Hib) (10歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	□小児用肺炎球菌 (6歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	□水痘	1回目・2回目
	□B型肝炎	1回目・2回目・3回目
□成人用肺炎球菌		
□帯状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 1回目・2回目	
医療機関 所在地 名 称 医師名	印 (必ず医師の直筆の署名及び押印をしてください)	
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。 保証者自署	