

東かがわ市告示第20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8年3月6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
<p>(趣旨)</p> <p>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（<u>ロタウイルス感染症、RSウイルス感染症</u>、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。</p> <p>(対象となる予防接種)</p> <p>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（<u>ロタウイルス感染症、RSウイルス感染症</u>、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。</p> <p>(対象者)</p> <p>第4条 略</p> <p>2 略</p> <p>3 市長は前項の申請により、長期にわたり療養を必要とする疾病であること及び予防接種法第5条第1項の予防接種（<u>ロタウイルス感染症、RSウイルス感染症</u>、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症を除く。）の機会を逸した者であることを確認し、第1項に定める対象者と認めるときは、長期療養者のための定期予防接種に関する決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。</p>	<p>(趣旨)</p> <p>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。</p> <p>(対象となる予防接種)</p> <p>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。</p> <p>(対象者)</p> <p>第4条 略</p> <p>2 略</p> <p>3 市長は前項の申請により、長期にわたり療養を必要とする疾病であること及び予防接種法第5条第1項の予防接種（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。）の機会を逸した者であることを確認し、第1項に定める対象者と認めるときは、長期療養者のための定期予防接種に関する決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。</p>

改正後	改正前
<p>(予防接種の実施)</p> <p>第5条 前条第3項の規定による通知を受けた者が予防接種を受けるときは、同項に定める決定通知書、<u>同条第2項</u>に定める理由書の写し及び該当予防接種予診票をあらかじめ接種医に提出しなければならない。</p> <p>2 略</p> <p>(予防接種の期間)</p> <p>第6条 略</p> <p>(1) ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風 <u>五種混合ワクチン</u>を使用する場合に限り15歳の誕生日の前日まで</p> <p>(2)～(4) 略</p>	<p>(予防接種の実施)</p> <p>第5条 前条第3項の規定による通知を受けた者が予防接種を受けるときは、同項に定める決定通知書、<u>同条第1項</u>に定める理由書の写し及び該当予防接種予診票をあらかじめ接種医に提出しなければならない。</p> <p>2 略</p> <p>(予防接種の期間)</p> <p>第6条 略</p> <p>(1) ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風 <u>4種混合ワクチン又は五種混合ワクチン</u>を使用する場合に限り15歳の誕生日の前日まで</p> <p>(2)～(4) 略</p>

改正後	改正前																																																																																																
<p>様式第1号（第4条関係）</p> <p>長期療養者のための定期予防接種に関する申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>東かがわ市長 様</p> <p style="margin-left: 100px;">申請者 氏 名 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">対象者との続柄（ _____ ）</p> <p style="margin-left: 150px;">住 所 東かがわ市 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">電 話 _____</p> <p>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ったが、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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 対象者</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">ふりがな氏名</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:10%;">性別</td> <td style="width:40%;">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2">（ 歳 か月）</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3">東かがわ市</td> </tr> </table> <p>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）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="15" style="width:15%; vertical-align: top;">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</td> <td style="width:35%;"><input type="checkbox"/>不活化ポリオ（IPV）</td> <td style="width:50%;">1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>BCG（4歳に達するまで）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>五種混合（DPT-IPV-Hib）（15歳に達するまで）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>三種混合（DPT）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>二種混合（DT）</td> <td>2期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>日本脳炎</td> <td>1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>麻疹風しん混合（MR）</td> <td>1期・2期・3期・4期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>麻疹</td> <td>1期・2期・3期・4期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>風しん</td> <td>1期・2期・3期・4期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>子宮頸がん予防（HPV）</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td><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）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ヒブ（Hib）（10歳に達するまで）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌（6歳に達するまで）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>水痘</td> <td>1回目・2回目</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>B型肝炎</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>成人用肺炎球菌</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>带状疱疹</td> <td>乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目・2回目</td> </tr> </table> <p>接種医療機関 _____</p> <p>*添付書類* ・母子健康手帳 ・「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）</p>	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			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	<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）（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	<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"/> 麻疹風しん混合（MR）	1期・2期・3期・4期	<input type="checkbox"/> 麻疹	1期・2期・3期・4期	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（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"/> 带状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目・2回目	<p>様式第1号（第4条関係）</p> <p>長期療養者のための定期予防接種に関する申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>東かがわ市長 様</p> <p style="margin-left: 100px;">申請者 氏 名 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">対象者との続柄（ _____ ）</p> <p style="margin-left: 150px;">住 所 東かがわ市 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">電 話 _____</p> <p>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ったが、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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 対象者</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">ふりがな氏名</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:10%;">性別</td> <td style="width:40%;">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2">（ 歳 か月）</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3">東かがわ市</td> </tr> </table> <p>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）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="15" style="width:15%; vertical-align: top;">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</td> <td style="width:35%;"><input type="checkbox"/>不活化ポリオ（IPV）</td> <td style="width:50%;">1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>BCG（4歳に達するまで）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>五種混合（DPT-IPV-Hib）（15歳に達するまで）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>四種混合（DPT-IPV）（15歳に達するまで）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>三種混合（DPT）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>二種混合（DT）</td> <td>2期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>日本脳炎</td> <td>1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>麻疹風しん混合（MR）</td> <td>1期・2期・3期・4期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>麻疹</td> <td>1期・2期・3期・4期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>風しん</td> <td>1期・2期・3期・4期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>子宮頸がん予防（HPV）</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td><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）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ヒブ（Hib）（10歳に達するまで）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌（6歳に達するまで）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>水痘</td> <td>1回目・2回目</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>B型肝炎</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>成人用肺炎球菌</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>带状疱疹</td> <td>乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目・2回目</td> </tr> </table> <p>接種医療機関 _____</p> <p>*添付書類* ・母子健康手帳 ・「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）</p>	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			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	<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）（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	<input type="checkbox"/> 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	<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"/> 麻疹風しん混合（MR）	1期・2期・3期・4期	<input type="checkbox"/> 麻疹	1期・2期・3期・4期	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（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"/> 带状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目・2回目
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																																																																																																
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	<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）（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																																																																																															
	<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"/> 麻疹風しん混合（MR）	1期・2期・3期・4期																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 麻疹	1期・2期・3期・4期																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（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"/> 带状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目・2回目																																																																																																
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																																																																																																
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	<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）（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																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 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																																																																																															
	<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"/> 麻疹風しん混合（MR）	1期・2期・3期・4期																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 麻疹	1期・2期・3期・4期																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（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"/> 带状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回目 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目・2回目																																																																																																

改正後		改正前	
様式第2号（第4条関係）		様式第2号（第4条関係）	
東かがわ市長 様		東かがわ市長 様	
年 月 日		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		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	
<p>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った者が、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。</p>		<p>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った者が、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。</p>	
被接種者	住所	東かがわ市	東かがわ市
	電話番号	()	()
	氏名・性別	(男・女)	(男・女)
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	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思われる疾病 <input type="checkbox"/> ④ 臓器移植を受けた後、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に準ずると認められるもの	<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思われる疾病 <input type="checkbox"/> ④ 臓器移植を受けた後、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に準ず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	年 月 日	
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	<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) (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 <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"/> 風しん 1期・2期・3期・4期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (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	<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) (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 <input type="checkbox"/> 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 <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"/> 風しん 1期・2期・3期・4期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (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	
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)	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		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。		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。	
保護者自署		保護者自署	

改正後	改正前																												
<p>様式第3号（第4条関係）</p> <p style="text-align: center;">長期療養者のための定期予防接種に関する決定通知書</p> <p style="text-align: right;">第 年 月 日 号</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">東かがわ市長 </p> <p>年 月 日付けで申請のあった長期療養者のための定期予防接種について、下記のとおり決定しましたので通知します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" data-bbox="194 770 851 1310"> <tr><td>被接種者氏名</td><td></td></tr> <tr><td>被接種者生年月日</td><td></td></tr> <tr><td>住 所</td><td></td></tr> <tr><td>保護者氏名</td><td></td></tr> <tr><td>接種医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>予防接種の種類</td><td></td></tr> <tr><td>予防接種ができる期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで (ただし、BCGは4歳・5種混合は15歳・ヒブは10歳(5種混合ワクチンを使用する場合、15歳)・小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の前日までとします。)</td></tr> </table>	被接種者氏名		被接種者生年月日		住 所		保護者氏名		接種医療機関名		予防接種の種類		予防接種ができる期間	年 月 日から 年 月 日まで (ただし、BCGは4歳・5種混合は15歳・ヒブは10歳(5種混合ワクチンを使用する場合、15歳)・小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の前日までとします。)	<p>様式第3号（第4条関係）</p> <p style="text-align: center;">長期療養者のための定期予防接種に関する決定通知書</p> <p style="text-align: right;">第 年 月 日 号</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">東かがわ市長 </p> <p>年 月 日付けで申請のあった長期療養者のための定期予防接種について、下記のとおり決定しましたので通知します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" data-bbox="1193 759 2063 1331"> <tr><td>被接種者氏名</td><td></td></tr> <tr><td>被接種者生年月日</td><td></td></tr> <tr><td>住 所</td><td></td></tr> <tr><td>保護者氏名</td><td></td></tr> <tr><td>接種医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>予防接種の種類</td><td></td></tr> <tr><td>予防接種ができる期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで (ただし、BCGは4歳・4種混合及び5種混合は15歳・ヒブは10歳(5種混合ワクチンを使用する場合、15歳)・小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の前日までとします。)</td></tr> </table>	被接種者氏名		被接種者生年月日		住 所		保護者氏名		接種医療機関名		予防接種の種類		予防接種ができる期間	年 月 日から 年 月 日まで (ただし、BCGは4歳・4種混合及び5種混合は15歳・ヒブは10歳(5種混合ワクチンを使用する場合、15歳)・小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の前日までとします。)
被接種者氏名																													
被接種者生年月日																													
住 所																													
保護者氏名																													
接種医療機関名																													
予防接種の種類																													
予防接種ができる期間	年 月 日から 年 月 日まで (ただし、BCGは4歳・5種混合は15歳・ヒブは10歳(5種混合ワクチンを使用する場合、15歳)・小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の前日までとします。)																												
被接種者氏名																													
被接種者生年月日																													
住 所																													
保護者氏名																													
接種医療機関名																													
予防接種の種類																													
予防接種ができる期間	年 月 日から 年 月 日まで (ただし、BCGは4歳・4種混合及び5種混合は15歳・ヒブは10歳(5種混合ワクチンを使用する場合、15歳)・小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の前日までとします。)																												

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。