

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者

住 所

氏 名

被接種者との続柄 ( )

電 話

### 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種実施申請書

定期の予防接種の対象者であった間に、長期にわたり療養を必要とする疾患にかかったことにより定期の予防接種を受けることができませんでしたが、別紙のとおり主治医の許可が得られたため、予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき、岩倉市が実施する定期の予防接種について申請します。

なお、申請内容について、市が保有する個人情報調査、照会、閲覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意し、申請手続きを行うものであります。

被接種者	住 所	岩倉市					
	(ふりがな) 氏 名	( 男 ・ 女 )					
	生年月日	年	月	日 ( 歳 か月)			
長期療養を必要とする疾病名							
疾患により予防接種ができなくなった日	年	月	日	予防接種が可能となった日	年	月	日
接種を希望する予防接種							
受診医療機関	医療機関名 住所 電話						
接種予定医療機関 (※)	医療機関名 住所 電話						
備考							

※接種予定医療機関が委託医療機関でない場合、『岩倉市予防接種助成事業』の対象となる場合があります。