

新型コロナウイルス感染症の発生に伴う定期接種の接種期間延長依頼申請書

(1) 被接種者

フリガナ
氏名

〒

住所 つくば市

電話番号

(日中つながる番号)

生年月日

年 月 日 (歳 か月)

(2) 予防接種の種類

希望する接種項目に○を付けてください。

		接種項目	(参考)定期接種年齢上限
予防接種の種類	ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目) 追加	5歳未満
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) 追加	5歳未満
	B型肝炎	1回目 2回目 3回目	1歳未満
	四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加	7歳6か月未満
	三種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 追加	7歳6か月未満
	不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 追加	7歳6か月未満
	BCG		1歳未満
	麻しん風しん(MR)	1期	2歳未満
		2期	幼稚園、保育所年長児相当のお子さん
	水痘	1回目 2回目	3歳未満
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) 1期追加	7歳6か月(日脳特例は除く)
		2期	13歳未満(日脳特例は除く)
	二種混合	2期	13歳未満
子宮頸がん	1回目 2回目 3回目	高校1年生相当のお子さん	
高齢者肺炎球菌		年度毎の生年月日要確認	

(3) 申請理由

該当する項目にチェック☑をしてください。

- 本人が新型コロナウイルス感染症に罹患し療養していたため
- 本人が新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者となり外出が制限されていたため

(4) 自宅待機期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日まで

上記のとおり定期予防接種の接種期間の延長を申請します。

年 月 日

つくば市長 様 申請者氏名 被接種者との続柄 ()

添付書類	<input type="checkbox"/> 小児の申請をする際は、母子健康手帳の出生届出済証明欄、予防接種の記録及びその他の予防接種の記録の写しを必ず添付すること。(予防接種の記録は、何も受けていない場合でも添付してください。)
	<input type="checkbox"/> 希望する予防接種の予診票(交付されているもの)
	<input type="checkbox"/> 罹患または濃厚接触者となった証明書の写し(就業制限証明書やPCR検査結果等)

高齢者肺炎球菌の場合 ☑ 高齢者肺炎球菌予診票交付 無 有(令和3年度対象者で未接種者のみ交付可)

※高齢者肺炎球菌の予診票を交付した場合は、この用紙のコピーを桜HCへ送る。(予診票の交付受付チェック票の記入は不要)

■受付処理欄■	受付者サイン	担当者確認
	・受付方法 来所 郵送(/ 発送日) 発送済口 ・宛名番号 ()	庁・桜・大・谷