

特別の事情があることにより定期の予防接種を受けることができなかったと認められる者に対する定期予防接種の取扱要領

(目的)

第1条 この要領は、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期予防接種（以下「定期予防接種」という。）について、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号。以下「政令」という。）第3条第2項の規定に該当する特別の事情があることにより定期の予防接種を受けることができなかったと認められる者に対する取扱いを定めることにより、再度、定期予防接種を受ける機会を確保することを目的とする。

(対象者)

第2条 この要領に基づく定期予防接種を受けられる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件の全てに該当する者とする。

(1) 受けようとする予防接種が政令第3条第1項の表の上欄に掲げる疾病（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。）に係るものであること。

(2) 前号の予防接種について政令第3条第1項の表の下欄に掲げる者であった間に、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号。以下「規則」という。）第2条の8に定める特別の事情（以下「特別の事情」という。）により、当該接種を受けることができなかったと認められる者。

(3) 本市に住民登録をしていること。

(提出書類)

第3条 この要領に基づく定期予防接種を受けようとする対象者は、次の各号に掲げる書類を市長に提出するものとする。

(1) 別紙 1 「特別な事情に係る定期予防接種申請書」

(2) 別紙 2 「意見書」

(3) 予防接種の接種歴が確認できる書類の写し

(予診票の発行)

第 4 条 市長は前条の書類の提出があったときは、予診票を交付する。

(有効期限)

第 5 条 前条の予診票の有効期限は、交付日から政令第 3 条第 2 項に定める期間までとする。

(実施報告)

第 6 条 市長は、要領に基づく定期予防接種を行ったときは、「予防接種法第 5 条第 1 項の規定による予防接種の実施について」(平成 25 年 3 月 30 日付け健発 0330 第 2 号厚生労働省健康局長通知)の別添「定期接種実施要領」1 8 (5) の規定に基づき、厚生労働省へ報告する。

(その他)

第 7 条 この要領に基づく定期予防接種は「川崎市予防接種実施要領」、「高齢者の肺炎球菌感染症予防接種実施要領」及び「带状疱疹予防接種実施要領」に定める方法により行う。その他必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 25 年 11 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

第 1 条 この改正要領は、平成 2 6 年 1 0 月 1 日から施行する。

(様式に関する経過措置)

第 2 条 改正前の要領の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正し、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この改正要領は、平成 2 8 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この改正要領は、平成 2 8 年 1 0 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

第 1 条 この改正要領は、令和 6 年 6 月 1 日から施行する。

(様式に関する経過措置)

第 2 条 改正前の要領の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正し、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

第 1 条 この改正要領は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

(様式に関する経過措置)

第 2 条 改正前の要領の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正し、引き続きこれを使用することができる。

特別の事情に係る定期予防接種申請書

(宛先) 川崎市長

_____年_____月_____日

(申請者)

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

予防接種を受ける者との続柄 _____

次のとおり、医師の意見書を添えて予防接種法に基づく定期予防接種の実施を申請します。

なお、____意見書の内容に不足がある場合は、貴市職員が____意見書を記入した医師から必要な情報の収集を行うことについて同意します。

(予防接種を受ける者)

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 _____年_____月_____日生まれ

住 所 川崎市_____区_____

(接種を希望する予防接種の種類)

※	予防接種の種類	※	予防接種の回数	※	予防接種の回数
	肺炎球菌感染症 (小児がかかるものに限る。)		初回接種 1 回目		初回接種 2 回目
			初回接種 3 回目		追加接種
	B型肝炎		1 回目	2 回目	3 回目
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib ・5種混合 (DPT-IPV-Hib)		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
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ ・4種混合 (DPT-IPV)		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
	ジフテリア・百日せき・破傷風 ・3種混合 (DPT)		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
	ポリオ ※単独ワクチンを使用する場合		初回接種 1 回目		初回接種 2 回目
			初回接種 3 回目		追加接種
	Hib感染症 ※単独ワクチンを使用する場合		初回接種 1 回目		初回接種 2 回目
			初回接種 3 回目		追加接種
	BCG				
	麻しん・風しん		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
	ジフテリア・破傷風		2 期		
	ヒトパピローマウイルス感染症		1 回目	2 回目	3 回目
	肺炎球菌感染症 (高齢者がかかるものに限る。)				
	帯状疱疹		1 回目		2 回目

※紛失等により予診票の再交付を申請する場合は、理由を記入してください。その場合、医師意見書の添付は不要です。理由：_____

※申請の際は、母子健康手帳等、対象者の予防接種歴が確認できる書類を提示してください。

特別の事情に係る定期予防接種申請書

(宛先) 川崎市長 _____年____月____日

(申請者)
氏 名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
予防接種を受ける者との続柄 _____

次のとおり、関係機関の意見書を添えて予防接種法に基づく定期予防接種の実施を申請します。
なお、意見書の内容に不足がある場合は、貴市職員が 意見書を記入した関係機関から必要な情報の収集を行うことについて同意します。

(予防接種を受ける者)
ふりがな _____
氏 名 _____
生年月日 _____年____月____日
住 所 川崎市_____区_____

(接種を希望する予防接種の種類)

※	予防接種の種類	※	予防接種の回数			※	予防接種の回数		
	肺炎球菌感染症 (小児がかかるものに限る。)		初回接種 1 回目				初回接種 2 回目		
			初回接種 3 回目				追加接種		
	B型肝炎		1 回目			2 回目			3 回目
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib ・5種混合 (DPT－IPV－Hib)		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		
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ ・4種混合 (DPT－IPV)		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		
	ジフテリア・百日せき・破傷風 ・3種混合 (DPT)		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		
	ポリオ ※単独ワクチンを使用する場合		初回接種 1 回目				初回接種 2 回目		
			初回接種 3 回目				追加接種		
	Hib感染症 ※単独ワクチンを使用する場合		初回接種 1 回目				初回接種 2 回目		
			初回接種 3 回目				追加接種		
	BCG								
	麻しん・風しん		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		
	ジフテリア・破傷風		2 期						
	ヒトパピローマウイルス感染症		1 回目			2 回目			3 回目
	肺炎球菌感染症 (高齢者がかかるものに限る。)								
	带状疱疹		1 回目				2 回目		

※紛失等により予診票の再交付を申請する場合は、理由を記入してください。その場合、意見書の添付は不要です。理由： _____
※申請の際は、母子健康手帳等、対象者の予防接種歴が確認できる書類を提示してください。

意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者氏名			
住 所	川崎市 区		
疾 病 名			
発病年月日	年 月 日		
快復年月日	年 月 日（※予防接種が受けられるようになった日）		
予防接種を受けることができなかった理由（当時の病状や治療内容等）			
医師署名			

長期にわたり療養を必要とする疾病により予防接種法施行令に規定されている対象期間内に予防接種を受けることができなかったことが明確にわかるように記入してください。

なお、記入内容について、電話等で確認させていただく場合があります。

年 月 日

所 在 地 _____

医療機関名 _____

電 話 番 号 _____

医 師 名 _____

意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者氏名			
住 所	川崎市 区		
予防接種が受けられるようになった日	年 月 日		
予防接種を受けることができなかった理由（支援経過等） 担当者署名			

年 月 日

所 在 地 _____

組 織 名 _____

電 話 番 号 _____

代 表 者 名 _____