

予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

ふりがな

申請者氏名 _____ 続柄 ()

住 所 〒 _____

電 話 番 号 _____

被接種者	氏 名	ふりがな
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住 所	〒
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
申 請 理 由		転入等 ・ 紛失 ・ その他()
接種予定日があれば記載ください		年 月 日

交付を希望する予診票に「○」を記入 ↓

ロタウイルス	: 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
小児用肺炎球菌	: 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
B型肝炎	: 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
ヒブ	: 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
4種混合	: 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
5種混合	: 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
BCG	: 1回		
麻しん風しん	: 1期 ・ 2期		
水痘	: 1回目 ・ 2回目		
日本脳炎	: 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期		
2種混合	: 1回		
HPV(ヒトパピローマウイルス感染症)	: 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
高齢者肺炎球菌【B類疾病】	: 1回		
高齢者带状疱疹【B類疾病】	: 1回		

- ・A類疾病の添付書類：母子健康手帳(出生届出済証、予防接種の記録(全ページ)の写し
- ・B類疾病の添付書類：本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等)の写し

【市処理欄】

稟	次 長	主 査	担当者	発行確認	合 議
議					

健康かるて入力	発送日
/	/