

定期予防接種券発行申請書

受付日	ふりがな		生年月日	平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)
	接種する人の 名前		電話番号	() -
住所	沼津市			
再交付	交付の理由	1. 失くした 2. 破損した 3. 捨てた 4. 届かない 5. その他 ()		
転入	転入月日	令和 年 月 日		
種類 (○をして ください)	●ロタ (1 ・ 2 ・ 3)		●ヒブ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)	
	●小児肺炎球菌 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)		●B型肝炎 (1 ・ 2 ・ 3)	
	●4種混合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)		●BCG	
	●水痘 (1 ・ 2)		●MR (1 期 ・ 2 期)	
	●日本脳炎 (1 ・ 2 ・ 追加 ・ 2 期)		●2種混合	
	●子宮頸がん (1 ・ 2 ・ 3)		●ポリオ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)	
	上記の予防接種は接種していません。 また、申請要件該当の有無を確認するために必要な情報については、 公簿等により確認すること、母子健康手帳の予防接種のページのコピーすることに同意します。 (続柄) 申請者自署 _____			

《行政担当者記入欄》

健管番号		受付者 (カウンター)		発行者	
確認事項	☐ 被接種者名、生年月日、住所、接種履歴(住基・母子健康手帳の予防接種のページ)を確認				
	☐ 申請者との続柄を住基、または身分証明書等で確認				
	☐ 県内乗り入れ依頼書の発行対象(来所)者ではないのか →カウンターの引き出しで確認				
	☐ 接種券の手渡し時、申請者と一緒に確認 (住所、氏名の漢字 等)				
備考欄					

【母子健康手帳のコピーを裏面もしくは別紙にとる】