定期予防接種券発行申請書

下記太枠内を記載漏れのないよう記入してください

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	
送付先住所	※住民票住所以外の場所に書類送付を希望する場合記入	
理由を記入		
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（〇をしてください）	●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）
	●５種混合（１・２・３・追加）	
	●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をコピーすることに同意します。

申請者自署　　**（続柄）**

※郵送の場合は母子健康手帳と申請者の身分証のコピー添付

《行政担当者記入欄》

健管番号	

受付者（カウンター）	
身分証確認	サイン
□	

発行者	確認者
サイン	サイン

確認事項	□　□　申請者情報を身分証明書等で確認
	□　□　メモ・ふせん機能がないか確認（tiara）
	□　□　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
	□　接種券の手渡し時、申請者と一緒に確認（住所、氏名の漢字、接種券の種類等）
受け取り方法	窓口　／　郵送
郵送の場合	□住民票住所　□その他（　　発送日　／　／

【母子健康手帳のコピーを裏面もしくは別紙にとる】