

# 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				
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●口タ (1・2・3)</li> <li>●小児肺炎球菌 (1・2・3・追加)</li> <li>●5種混合 (1・2・3・追加)</li> <li>●4種混合 (1・2・3・追加)</li> <li>●水痘 (1・2)</li> <li>●日本脳炎 (1・2・追加・2期)</li> <li>●子宮頸がん (1・2・3)</li> <li>●ヒブ (1・2・3・追加)</li> <li>●B型肝炎 (1・2・3)</li> <li>●BCG</li> <li>●MR (1期・2期)</li> <li>●2種混合</li> <li>●ポリオ (1・2・3・追加)</li> </ul>			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">(続柄)</p> <p style="text-align: center; color: red;">申請者自署 _____</p>				

-----

## 《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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 申請者との続柄を住基、または身分証明書等で確認 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	