予防接種予診票交付（再交付）申請書

　年　　月　　日

御前崎市長　様

次のとおり、予防接種予診票の　交付　・　再交付　を申請します。

また、必要に応じてマイナンバーを用いて接種歴を確認することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | 1．転入　　　　　2．紛失　　　　　3．き損　　　　　4．その他 |
| 保護者 | 住所 | 御前崎市 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 接種者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |

発行予診票（発行したものに〇をつける）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ヒブワクチン | （1・2・3・追加） | ロタリックス | （1・2） |
| 小児用肺炎球菌 | （1・2・3・追加） | ロタテック | （1・2・3） |
| Ｂ型肝炎 | （1・2・3） | ポリオ | （1・2・3・追加） |
| 四種混合 | （1・2・3・追加） | 日本脳炎 | （1・2・追加） |
| 五種混合 | （1・2・3・追加） | （２期） |
| ＢＣＧ | （特例対象者） |
| МＲ | （Ⅰ期・Ⅱ期）　　　 | 二種混合（ⅮＴ） |
| 水痘 | （初回・追加） | 子宮頸がん | （1・2・3） |

※添付書類　・母子手帳

　　　　　　・所持している予診票（転入・き損の場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受　付 | 御前崎市母子管理票 |
|  | 作成済・不要 | Ｎｏ． |