

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○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)
MR	(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.