

年 月 日

由利本荘市 健康づくり課 宛

【申請者】住所 由利本荘市

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ (日中連絡がつく連絡先)

※予防接種を受ける方が18歳未満の場合の申請者は保護者

### 予防接種予診票 交付・再交付申請書

下記により、予防接種予診票の( 交付 ・ 再交付 )を申請します。

接種を受ける方	フリガナ 氏 名  生年月日 年 月 日 ( 歳 か月)
接種を受ける方の住所	1. 申請者と同じ 2. その他( )
種類 (○で囲む)	1. BCG
	2. ヒブ ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )
	3. 小児肺炎球菌 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )
	4. B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )
	5. 五種混合 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )
	6. 四種混合 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )
	7. ロタウイルス ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )
	8. 麻しん風しん混合<MR> ( 1回目 ・ 2回目 )
	9. 水痘 ( 1回目 ・ 2回目 )
	10. 日本脳炎 1期 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ) 、 2期
	11. 2種混合<DT> ※
	12. HPV(ヒトパピローマウイルス)感染症 ※
申請理由	1. 転入したため ( 年 月 日に から転入) 2. 紛失したため 3. その他 ( )

添付書類(□欄に✓を入れてください)

- 母子手帳の「本人と保護者の氏名(出生届出済証明)」が記載されたページの写し
- 母子手帳の「予防接種の記録」が記入されている全てのページの写し
- 返信用封筒(送付先を記載し、長形3号封筒に定形 50g 以内郵送分の切手を貼付)

※次の予診票は、以下の時期に市から個別に発送します。

ただし、送付時期に他自治体から転入された場合など届かない場合もあります。

- ・2種混合<DT>・・・11歳の誕生日末頃
- ・HPV・・・小学校6年生の5～6月頃

事務処理欄(記入不要)				
受付日	確認日	□母子手帳の写し	発送日	対応者
/	/	□健康管理システム	/	