

定期予防接種予診票交付・再交付  
定期予防接種記録交付

申請書

受付者：

令和 年 月 日

砺波市長 あて

(申請者)

住所 砺波市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

下記により、予防接種予診票の(交付・再交付)・予防接種記録発行を申請します。

記

種類 (○で囲んでください)	1 ロタウイルス感染症 (1価：1回・2回) (5価：1回・2回・3回)		
	2 ヒブ感染症 (1回・2回・3回・追加)		
	3 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)		
	4 B型肝炎 (1回・2回・3回)		
5 四種混合 (1回・2回・3回・追加)			
6 BCG			
7 麻しん風しん (MR) (第1期・第2期)			
8 水痘 (1回・2回)			
9 日本脳炎1期 (1回・2回・追加) 2期			
10 日本脳炎特例 20歳の誕生日の前日～H19.4.1 1期 (1回・2回・追加) 2期			
11 破傷風・ジフテリア			
12 ヒトパピローマウイルス感染症 (1回・2回・3回)			
13 ヒトパピローマウイルス感染症 キャッチアップ (1回・2回・3回)			
14 予診票兼接種券つづり一式			
15 高齢者用肺炎球菌			
16 高齢者インフルエンザ			
17 予防接種記録			
18 子宮頸がん予防接種済証様式			
接種対象者 氏名	フリガナ	生年 月日	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳 か月)
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所 砺波市 _____		
保護者 住所 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所 _____ 氏名 _____		
申請理由	1 紛失のため 2 その他 ( )		
本人確認及び 申請者確認	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 子育て支援・ひとり親医療費受給資格証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		