

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) H20年度生まれの方は誕生日の前日まで	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 <u>H20.4.2~H21.10.1</u> 1期 (1回・2回・追加) 2期		
	11 日本脳炎特例 <u>20歳の誕生日の前日~H19.4.1</u> 1期 (1回・2回・追加) 2期		
	12 破傷風・ジフテリア		
	13 ヒトパピローマウイルス感染症 (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		
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 ()		