

定期予防接種予診票交付・再交付 } 申請書
 定期予防接種記録交付 }

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 B型肝炎(1回・2回・3回) 3 小児用肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) 4 五種混合(1回・2回・3回・追加) 5 ヒブ感染症(1回・2回・3回・追加) 6 破傷風・ジフテリア 7 BCG 8 麻しん風しん(MR) (第1期・第2期) 9 水痘(1回・2回) 10 日本脳炎1期(1回・2回・追加)2期 11 日本脳炎特例(H18.4.2~H19.4.1生) 20歳の誕生日の前日まで 1期(1回・2回・追加)2期 12 ヒトパピローマウイルス感染症(1回・2回・3回) 13 RSウイルス感染症 14 予診票兼接種券つづり一式		
	16 高齢者用肺炎球菌 17 高齢者インフルエンザ 18 新型コロナウイルス感染症 19 帯状疱疹		
	20 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()		