

定期予防接種予診票 交付・再交付申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市長

＜申請者＞ 住 所：
氏 名：(続柄)
電話番号：

定期予防接種予診票の(再)交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 接種を受ける子

フリガナ
氏 名： 住 所：☐申請者と同じ
☐申請者と異なる(以下に住所を記載)
生年月日： 年 月 日 (歳 か月)

一宮市

2 希望する予防接種の種類

種 類	回 数			
ロタウイルス(□ロタリックス・□ロタテック)	□1回目	□2回目	□3回目 (ロタテックのみ)	
B型肝炎	□1回目	□2回目	□3回目	
小児用肺炎球菌	□1回目	□2回目	□3回目	□追加
ヒブ(インフルエンザ菌b型)	□1回目	□2回目	□3回目	□追加
四種混合(DPT-IPV)	□1回目	□2回目	□3回目	□追加
五種混合(DPT-IPV-Hib)	□1回目	□2回目	□3回目	□追加
BCG	□1回目			
麻しん風しん混合(MR)	□1期	□2期		
日本脳炎	□1期1回	□1期2回	□1期追加	□2期
水痘(水ぼうそう)	□1回目	□2回目		
二種混合(DT)	□2期			
子宮頸がん(HPV)	□1回目	□2回目	□3回目	
三種混合(DPT)	□1回目	□2回目	□3回目	□追加
ポリオ	□1回目	□2回目	□3回目	□追加
□ 予診票綴り1冊渡し(□R7・□R5)				
備考				

3 申請理由

☐紛失 ☐特例等による交付 ☐その他()

事務処理欄	受付印
☐ 対応時母子健康手帳持参説明済 ☐ ☆ ☐ PC履歴 送付管理日：(/) 送付管理者() 交付場所：☐保健所(☐中 ☐西 ☐北)センター 確認：☐ 母子健康手帳 ☐ 身分証明書 確認者() ☐ 住所一致	