

定期予防接種予診票再交付申請書

令和 年 月 日

宮津市長 様

(申請者)

住所 宮津市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

下記により、予防接種予診票の再交付を申請します。

記

接種対象者 氏名	フリガナ				生年 月日	年 月 日 ( 歳 か月)
種 類	回 数			期		
ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加	5歳未満	
小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	5歳未満	
B型肝炎	1回目	2回目	3回目		1歳未満	
ロタ	1回目	2回目	3回目		1価：24週、5価：32週まで	
四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	7歳6か月未満	
BCG	1回目	2回目	3回目	追加	1歳未満	
麻しん・風しん	第1期				1歳～2歳未満	
	第2期				就学一年前の4/1～3/31	
水痘	1回目	2回目			1歳～3歳未満	
日本脳炎	1回目	2回目	追加		7歳6か月未満	
	2期				9歳～13歳未満	
日本脳炎特例	1回目	2回目	追加	2期	<u>H19.4.2～H21.10.1</u>	
日本脳炎特例	1回目	2回目	追加	2期	<u>20歳の誕生日の前日～H19.4.1</u>	
二種混合					小学6年生	
子宮頸がん	1回目	2回目	3回目		高校1年生相当年齢年度	
不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加	7歳6か月未満	
三種混合	1回目	2回目	3回目	追加	7歳6か月未満	
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 ( )					

確認欄		事務処理欄 (記入不要)		
母子健康手帳	システム履歴	受付日	発送日	担当者