

予防接種券等発行申請書

年 月 日

(宛先)南砺市長

(申請者)

氏名: (続柄:)

住所: 南砺市

電話:

下記の対象者の予防接種券・助成券の発行を申請します。

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 対象者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | 年齢 | 歳 か月 | |
| | 住所 | 南砺市 | 電話番号 | | |
| 申請理由 | 再発行 | 1. 紛失 2. 破損 3. その他() <small>【注意事項】 ・紛失した接種券が見つかった場合は、破棄してください。 ・重複接種した場合は、接種料金は個人負担となります。また予防接種健康被害については責任を負いかねます。</small> | | | |
| | 転入 | 転入日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請要件該当の有無を確認するため、母子健康手帳のコピーに同意します。 | | | |
| 発行内容 <small>(該当のものにチェックをしてください)</small> | 定期接種 接種券 (A類疾病) | <input type="checkbox"/> ロタ | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | <small>【注】3回目はロタテックのみ</small> | |
| | | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | |
| | | <input type="checkbox"/> 5種混合 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | |
| | | <input type="checkbox"/> 4種混合 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | |
| | | <input type="checkbox"/> ヒブ | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | |
| | | <input type="checkbox"/> 結核(BCG) | <input type="checkbox"/> 1回 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) | <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 | <small>※2期については、R6.2.1以降に生まれた方には年長児に個別案内</small> | |
| | | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 | <input type="checkbox"/> 2期 <small>※2期は9歳誕生日の翌月に個別案内</small> | |
| | | <input type="checkbox"/> 2種混合(DT) | <input type="checkbox"/> 1回 | <small>※11歳誕生日の翌月に個別案内</small> | |
| | <input type="checkbox"/> ヒトパピローマ(HPV) | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | <small>※中学1年生女子に個別案内</small> | | |
| | 定期接種 接種券 (B類疾病) | <input type="checkbox"/> 高齢者のインフルエンザ | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 高齢者の新型コロナウイルス感染症 | | | |
| <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 | | | | | |
| 任意接種 助成券 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ (<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生) | | | | |

《市記載欄》

- 本人・申請者の確認 1. 健康保険資格が確認できるもの(マイナ保険証等) 2. 運転免許証
 該当に○を記入→ 3. 母子健康手帳 4. その他身分証明()

発行者: ()市民センター ()
 保健センター ()
 健康増進係 () } 裏に健康課確認欄あり

