

加須市予防接種予診票等 交付・再交付申請書

【申請者】

申請日	令和 年 月 日
住 所	
氏 名	
被接種者との続柄	
電話番号	

予防接種未接種のため、次のとおり予診票等の交付を受けたいので申請します。

被接種者 (予防接種を受ける方)	ふりがな			
	氏 名		※申請者と同じ場合は記入不要	
	生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
	年 齢		歳 か月 (ロタを希望する場合：出生 週 日後) ※「出生〇週●日後」とは出生日の翌日を1日として算出した日をあらわします。	
	住 所		※申請者と同じ場合は記入不要 ※避難者の方は、避難元の住所を記入	
	電話番号		※申請者と同じ場合は記入不要	
	個人番号			
予防接種の 種類と回数 (○で囲む)	ロタ	ロタリックス	1回目・2回目	出生6週0日後から24週0日後まで
		ロタテック	1回目・2回目・3回目	出生6週0日後から32週0日後まで
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目	1歳未満
		小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	生後2か月以上5歳未満
		五種混合	1回目・2回目・3回目・追加	生後2か月以上7歳6か月未満
		BCG		1歳未満
	MR(麻しん・風しん)	第1期	1歳以上2歳未満	
		第2期	小学校就学前の1年間(年長児)	
		水痘	1回目・2回目	1歳以上3歳未満
	日本脳炎	1回目・2回目・追加	生後6か月以上7歳6か月未満	
		第2期	9歳以上13歳未満	
		1回目・2回目・追加・第2期	特例対象者	
		二種混合	第2期	11歳以上13歳未満
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	小6から高1相当 キャッチアップ対象者	
		ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	生後2か月以上5歳未満
		四種混合	1回目・2回目・3回目・追加	生後2か月以上7歳6か月未満
		ポリオ	()	生後2か月以上7歳6か月未満
		三種混合	()	生後2か月以上7歳6か月未満
○	MR(麻しん・風しん)	第5期	昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれ男性	
申請理由		☐ 紛失 ☐ 転入(年 月 日) ☐ その他()		

(代理人の場合)

私は、申請者を代理人と認め、個人番号の提供を委任します。 氏 名 _____

※申請者が被接種者の法定代理人である場合には、他の添付書類等により代理関係を確認するので記入の必要はありません。

【市記入欄】

申請場所	☐ すくすく子育て相談室 福祉健康担当(☐ 騎西 ☐ 北川辺 ☐ 大利根)		
交付方法	☐ 窓口 (全て・一部()) ☐ 郵送 (郵送日 年 月 日)		
予診票の言語	☐ 日本語 ☐ それ以外()		
交付場所	☐ すくすく子育て相談室 福祉健康担当(☐ 騎西 ☐ 北川辺 ☐ 大利根)		
来所者	母・父・本人・その他()		
健診受診歴 (4歳以下の方のみ)	☐ 3～4か月児健診 ☐ 9～10か月児健診 ☐ 1歳6か月児健診 ☐ 2歳児健診 ☐ 3歳児健診		
	受付者		確認者