

予 防 接 種 予 診 票 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

稲敷市長 様

(申請者)

住所 稲敷市 _____

氏名 _____ 続柄 ()

電話 _____

下記により、予防接種予診票の交付について申請します。

記

接種を受ける者	フリガナ	生 年 月 日	T・S・H・R 年 月 日 (歳 か月)
保護者 住所・氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と違う 住 所 _____ 氏 名 _____		
申請理由	1 紛失 2 その他 ()		
種 類 (○で囲んでください)	1 ロタウイルス (1回・2回・3回) 2 ヒブ (1回・2回・3回・追加) 3 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) 4 B型肝炎 (1回・2回・3回) 5 5種混合・4種混合 (1回・2回・3回・追加) 6 BCG 7 麻しん風しん(MR) (第1期・第2期) 8 水痘 (1回・2回) 9 日本脳炎1期 (1回・2回・追加)・2期 10 二種混合 11 子宮頸がん (1回・2回・3回) 12 高齢者肺炎球菌 13 高齢者インフルエンザ 14 帯状疱疹 15 新型コロナウイルス		

【被接種者本人及び申請者確認書類】

マイナンバー・保険証・運転免許証、母子手帳等接種履歴のわかるもの

【注意事項】

郵送で申請の場合は、母子手帳の表紙 (氏名・生年月日が記載されているページ)・予防接種の記録のページをコピーし同封してください

※市記入欄

受付日 / ㊟	被接種者・申請者確認 ㊟	処理日 (窓口交付・郵送) / ㊟
---------	--------------	-------------------