

令和4年度 定期予防接種券交付申請書

R4.4

A類

(宛先) 金沢市長

下記の予防接種を受けるため、接種券の交付を申請します。

申請日	令和 4 年 4 月 1 日				
申請者	住所	金沢市広坂 1 丁目 1 番 1 号			
	氏名	金沢 花子	続柄	母	電話番号 090-1234-5678 ※日中連絡の取れる電話番号
被接種者 (接種を受けることも)	住所	金沢市 同上 ※申請者と同じ住所の場合は記入不要			
	フリガナ	カナザワ タロウ	生年月日	R4 年 2 月 1 日 (満 0 歳 2 か月)	
	氏名	金沢 太郎	個人番号 ※転入の場合のみ記入 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 転入 (年 月 日) / <input type="checkbox"/> 紛失 / <input type="checkbox"/> その他 ()				

交付を希望する予防接種に☑してください。また、母子健康手帳で確認しながら、接種歴を記入してください。

予防接種の種類		接種歴	発行	
※交付を希望する予防接種に☑		※接種済は☑し、接種日記入		
定期接種として接種可能な期間				
ロタウイルス ※R2.10.1から 定期接種導入	1回目 <input checked="" type="checkbox"/>	ロタリックス 出生6週0日後から 出生24週0日後までに2回	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	2回目 <input checked="" type="checkbox"/>	ロタテック 出生6週0日後から 出生32週0日後までに3回	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	3回目 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
H i b (インフルエンザ菌b型)	初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	生後2か月の前日から 5歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	初回3回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	追加 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
小児用肺炎球菌	初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	生後2か月の前日から 5歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	初回3回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	追加 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
B型肝炎	初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	1歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	初回3回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
四種混合 (DPT-IPV)	第1期初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	生後3か月の前日から 7歳6か月の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期初回3回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	追加 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
BCG	<input checked="" type="checkbox"/>	1歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
麻しん・風しん (MR)	第1期 <input checked="" type="checkbox"/>	1歳から2歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第2期 <input type="checkbox"/>	小学校就学前1年間 (H28.4.2~H29.4.1生)	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
水痘	1回目 <input checked="" type="checkbox"/>	1歳から3歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	2回目 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
日本脳炎	第1期初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	生後6か月の前日から 7歳6か月の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期追加 <input checked="" type="checkbox"/>	9歳から13歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第2期 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期初回1回 <input type="checkbox"/>		7歳6か月から 20歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>
	第1期初回2回 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>
	第1期追加 <input type="checkbox"/>	9歳から20歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第2期 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
ジフテリア・破傷風 (DT)	第1期初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	11歳から13歳の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
子宮頸がん	1回目 <input type="checkbox"/>	小学6年生から高校1年生 (H18.4.2~H23.4.1生)	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	2回目 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	3回目 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
キャッチアップ接種	1回目 <input type="checkbox"/>	平成9年4月2日生から 平成18年4月1日生まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	2回目 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	3回目 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
不活化ポリオ	第1期初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	生後3か月の前日から 7歳6か月の前日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	第1期初回3回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	
	追加 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/>	

【申請者が本人又は保護者ではない場合は以下の記入が必要です。】

私(委任者)は、申請者に定期予防接種券交付の申請、受領を委任します。

委任者氏名(保護者の署名又は記名押印)

以下は記入しないでください。

申請者	本人 保護者(親権者 後見人) 施設職員(施設名:) ※措置通知書等+職員証 祖父母 その他() ※委任欄記入が必要
申請者 本人確認	マイナンバーカード 免許証 在留 旅券 健康保険証 介護保険証 年金手帳 その他() ※顔写真あり1点、なし2点
後見人確認	成年後見人: 登記事項証明書 未成年後見人: 戸籍謄本(抄本)
個人番号確認	マイナンバーカード 住民票 端末

整理番号	
受付場所	健 泉 元 駅
対応者	発行者 確認者