

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 年 月 日   |     |      |                                    |                   |
| 申請者                 | 住所   |     |      |                                    |                   |
|                     | 氏名   | 続柄  | 電話番号 | ※日中連絡の取れる電話番号<br>※申請者と同じ住所の場合は記入不要 |                   |
| 被接種者<br>(接種を受けるこども) | 住所   | 金沢市 |      |                                    |                   |
|                     | フリガナ   | 氏名  |      | 生年月日                               | 年 月 日<br>(満 歳 か月) |
|                     | 個人番号 ※転入の場合のみ記入  |     |      |                                    |                   |
| 申請理由                | <input 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                 |                                  | 年 月 日                                |                          |                          |
| ロタウイルス<br>※R2.10.1から<br>定期接種導入 | 1回目 <input type="checkbox"/>     | ロタリックス<br>出生6週0日後から<br>出生24週0日後までに2回 | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 2回目 <input type="checkbox"/>     | ロタテック<br>出生6週0日後から<br>出生32週0日後までに3回  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 3回目 <input type="checkbox"/>     |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| H i b<br>(インフルエンザ菌b型)          | 初回1回 <input type="checkbox"/>    | 生後2か月の前日から<br>5歳の前日まで                | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 初回2回 <input type="checkbox"/>    |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 初回3回 <input type="checkbox"/>    |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 追加 <input type="checkbox"/>      |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 小児用肺炎球菌                        | 初回1回 <input type="checkbox"/>    | 生後2か月の前日から<br>5歳の前日まで                | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 初回2回 <input type="checkbox"/>    |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 初回3回 <input type="checkbox"/>    |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 追加 <input type="checkbox"/>      |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| B型肝炎                           | 初回1回 <input type="checkbox"/>    | 1歳の前日まで                              | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 初回2回 <input type="checkbox"/>    |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 初回3回 <input type="checkbox"/>    |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 四種混合<br>(DPT-IPV)              | 第1期初回1回 <input type="checkbox"/> | 生後3か月の前日から<br>7歳6か月の前日まで             | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回2回 <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回3回 <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 追加 <input type="checkbox"/>      |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| BCG                            |                                  | 1歳の前日まで                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 麻しん・風しん<br>(MR)                | 第1期 <input type="checkbox"/>     | 1歳から2歳の前日まで                          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第2期 <input type="checkbox"/>     | 小学校就学前1年間<br>(H28.4.2~H29.4.1生)      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 水痘                             | 1回目 <input type="checkbox"/>     | 1歳から3歳の前日まで                          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 2回目 <input type="checkbox"/>     |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 日本脳炎                           | 第1期初回1回 <input type="checkbox"/> | 生後6か月の前日から<br>7歳6か月の前日まで             | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回2回 <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期追加 <input type="checkbox"/>   | 9歳から13歳の前日まで                         | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第2期 <input type="checkbox"/>     |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回1回 <input type="checkbox"/> |                                      | 7歳6か月から<br>20歳の前日まで      | <input type="checkbox"/> |
|                                | 第1期初回2回 <input type="checkbox"/> |                                      |                          | <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"/> |                          |
|                                | 第2期 <input type="checkbox"/>     |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 特例<br>H7.4.2~<br>H19.4.1生      | 第1期初回1回 <input type="checkbox"/> | 7歳6か月から<br>20歳の前日まで                  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回2回 <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 特例<br>H19.4.2~<br>H21.10.1生    | 第1期初回1回 <input type="checkbox"/> | 9歳から13歳の前日まで                         | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回2回 <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期追加 <input type="checkbox"/>   |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| ジフテリア・破傷風 (DT)                 |                                  | 第2期 <input type="checkbox"/>         | 11歳から13歳の前日まで            | <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<br>(H18.4.2~H23.4.1生)   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 2回目 <input type="checkbox"/>     |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 3回目 <input type="checkbox"/>     |                                      | <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<br>平成18年4月1日生まで          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 2回目 <input type="checkbox"/>     |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 3回目 <input type="checkbox"/>     |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 不活化ポリオ                         | 第1期初回1回 <input type="checkbox"/> | 生後3か月の前日から<br>7歳6か月の前日まで             | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回2回 <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 第1期初回3回 <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                | 追加 <input type="checkbox"/>      |                                      | <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 後见人)<br>施設職員(施設名: ) ※措置通知書等+職員証<br>祖父母 その他( ) ※委任欄記入が必要 |
| 申請者<br>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<br>その他( ) ※顔写真あり1点、なし2点       |
| 後见人確認       | 成年後见人: 登記事項証明書 未成年後见人: 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 |