

令和8年度 定期予防接種券交付申請書

R8.4

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 8 年 4 月 2 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 <small>※日中連絡の取れる電話番号</small>
被接種者 (接種を受ける 子ども)	住所	金沢市 同上 <small>※申請者と同じ住所の場合は記入不要</small>			
	フリガナ	カナザワ タロウ		生年月日	R8 年 2 月 1 日 (満 0 歳 2 か月)
	氏名	金沢 太郎		個人番号	1 1 1 1 1 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	※接種済は☑し、 接種日記入	発行	
※交付を希望する予防接種に☑		定期接種として接種可能な期間			
ロタウイルス	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"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック	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"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック	年 月 日	<input type="checkbox"/>
	3回目 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ロタテック	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"/>		<input type="checkbox"/>
	初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	初回3回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	第1期初回1回 <input checked="" type="checkbox"/>	生後2か月の前日から 7歳6か月の前日まで	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第1期初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第1期初回3回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	追加 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
BCG	<input checked="" type="checkbox"/>	1歳の前日まで	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
麻しん・風しん (MR)	第1期 <input type="checkbox"/>	1歳から2歳の前日まで	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第1期(延長) <input type="checkbox"/>	R4.4.2~R5.4.1生で未接種	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第2期 <input type="checkbox"/>	小学校就学前1年間 (R2.4.2~R3.4.1生)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第2期(延長) <input type="checkbox"/>	H30.4.2~H31.4.1生で未接種	<input type="checkbox"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>
	2回目 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>
	第1期初回2回 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第1期追加 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第2期 <input type="checkbox"/>	9歳から13歳の前日まで	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	特例 H7.4.2~ H19.4.1生	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"/>	
	第1期初回2回 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第1期追加 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	第2期 <input type="checkbox"/>	9歳から20歳の前日まで	<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"/>		<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 (H22.4.2~H27.4.1生)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2回目 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3回目 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<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 免許証 在留 旅券 資格確認書 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 住民票 端末

整理番号			
受付場所	健 泉 元 駅		
対応者	<table border="1"> <tr> <td>発行者</td> <td>確認者</td> </tr> </table>	発行者	確認者
発行者	確認者		