

令和6年度 定期予防接種券交付申請書

R6.4

A類

(宛先) 金沢市長

下記の子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 6 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 <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	R6 年 2月 1日 <small>(満 0 歳 2 か月)</small>
	氏名	金沢 太郎			
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 <small>※交付を希望する予防接種に☑</small>	定期接種として接種可能な期間		接種歴 <small>※接種済は☑し、接種日記入</small>	発行
	接種回数	接種時期		
ロタウイルス <small>※R2.10.1から 定期接種導入</small>	1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/>
Hib (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	<input type="checkbox"/> 年 月 日	<input type="checkbox"/>
	初回2回	<input checked="" type="checkbox"/> 5歳の前日まで	<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	<input type="checkbox"/> 年 月 日	<input type="checkbox"/>
	初回2回	<input checked="" type="checkbox"/> 5歳の前日まで	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第1期初回2回	<input checked="" type="checkbox"/> 7歳6か月の前日まで	<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"/>
四種混合 (DPT-IPV)	第1期初回1回	<input type="checkbox"/> 生後2か月の前日から	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第1期初回2回	<input type="checkbox"/> 7歳6か月の前日まで	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第1期初回3回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	追加	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 1歳から2歳の前日まで	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第2期	<input type="checkbox"/> 小学校就学前1年間 (H30.4.2~H31.4.1生)	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第1期初回2回	<input checked="" type="checkbox"/> 7歳6か月の前日まで	<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	<input type="checkbox"/> H7.4.2~ H19.4.1生	7歳6か月から 20歳の前日まで	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目	<input type="checkbox"/> (H20.4.2~H25.4.1生)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3回目	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目	<input type="checkbox"/> 平成20年4月1日生まで	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不活化ポリオ	第1期初回1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第1期初回2回	<input type="checkbox"/> 生後2か月の前日から	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	第1期初回3回	<input type="checkbox"/> 7歳6か月の前日まで	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	追加	<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 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