

熊谷市予防接種予診票等交付申請書

令和 年 月 日

| | | | | | |
|---|--|--|---|-----|--|
| 被接種者氏名 ※接種を受ける方の氏名 | フリガナ | | 性別 | 男・女 | |
| | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) | | | | |
| 住民登録のある住所 | 〒 熊谷市 | | | | |
| | 連絡先電話番号 | | | | |
| 申請者住所・氏名 | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者と異なる（下記に記入、本人確認書類添付） | | | 続柄： | |
| | 氏名： | 住所： | | | |
| ※施設等からの申請の場合は、施設名と施設長名等で申請してください。 | | | | | |
| 再発行の理由 | <input type="checkbox"/> 転入のため <input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 希望する予防接種予診票の種類 □に✓を、回数に○印を付けてください。 | 不明な場合 | <input type="checkbox"/> 交付できるものすべて お手元にある熊谷市予防接種予診票等 () ※持っている熊谷市の予診票等がある場合は、種類を記入してください。 | | | |
| | 小児 | <input type="checkbox"/> ロタ（1回目・2回目・3回目） ※ロタリックス（2回接種）、ロタテック（3回接種） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 肺炎球菌（初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加） <input type="checkbox"/> 5種混合（第1期 初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加） <input type="checkbox"/> 4種混合（第1期 初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加） <input type="checkbox"/> ヒブ（初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん〈MR〉（第1期／第2期） <input type="checkbox"/> 水痘〈水ぼうそう〉（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（第1期 初回1回目・初回2回目・追加／第2期） <input type="checkbox"/> 2種混合〈DT〉 <input type="checkbox"/> HPV〈ヒトパピローマウイルス感染症〉（1回目・2回目・3回目） | | | |
| | | 成人 | <input type="checkbox"/> 風しんの追加的対策（第5期）※1962(S37)年4月2日～1979(S54)年4月1日生の男性 | | |
| | | 高齢者 | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 ※対象の方のみ交付 | | |

※お子さんの予診票を希望の場合は、母子健康手帳の「出生届出済証明」が記載されたページと「予防接種の記録」全てのページの写しを添付してください。

※5種混合または4種混合+ヒブは、原則1回目の接種と同じワクチンで接種を完了します。

| | | | | | |
|--|----|----|----|----|-----|
| 〈事務処理欄〉 (交付方法) 窓口・郵送 No. | 受付 | 封入 | 確認 | 送付 | 受付印 |
| | / | / | / | / | |
| 備考 | | | | | |