

予防接種予診票等交付申請書(令和8年度)

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	年 月 日			
住 民 登 録 所 の あ る 住 所	〒 港区			
	連絡先電話番号			
申 請 者 氏 名	(続柄:)			
発 行 の 理 由 (該当する□に✓を付けてください)	<input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 以前、接種に行ったが、体調が悪く接種できなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()			
予 防 接 種 の 種 類 発行を希望する接種の□に ✓を、回数に○印を付けて ください。	小児	<input type="checkbox"/> ロタ (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"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 5種混合 (1期1回目・1期2回目・1期3回目・1期追加) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (1期・2期) <input type="checkbox"/> 任意接種 <input type="checkbox"/> 特例対象 (R8年度まで) <input type="checkbox"/> 水痘 (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1期1回目・1期2回目・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> 特例対象 <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> HPV (1回目・2回目・3回目) <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"/> 3種混合 (1期1回目・1期2回目・1期3回目・1期追加) <input type="checkbox"/> ポリオ (1期1回目・1期2回目・1期3回目・1期追加) <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ (1回目・2回目) ※ 10月～翌年1月31日まで <small>生後6か月～高校3年生相当年齢</small> ※ RSウイルス(母子免疫ワクチン)※別紙		
		成人	<input type="checkbox"/> 風しんの追加的対策(予防接種のみ R9 まで)※S37年4月2日～S54年4月1日生の男性	
	高齢者	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ ※10月1日～翌年1月31日まで <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス ※10月1日～翌年3月31日まで		
送 付 先 ※予診票等は区指定の医療機関 でのみ使用可能です。(予防接種ご とに異なりますのでお知らせ又は HP でご確認ください。)	<input type="checkbox"/> 現住所 (住民登録のある港区の住所) <input type="checkbox"/> その他 住 所... <u>(方書を必ずご記入ください)</u> ... 〒			

※現住所以外へ送付希望の場合は、被接種者及び申請者の本人確認書類の写しが必要です。

事 務 処 理 欄	受付	発行	内容	封入	確認	送付日	受 理
	備考						