

予防接種予診票等交付申請書（代理申請・送付先指定申請用）

年 月 日

予防接種の対象者またはご家族からの申請が難しい事情や、住民登録の住所以外に送付する必要があるため、下記のとおり定期予防接種予診票の交付を申請します。

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 の あ る 住 所	〒 港区		
	連絡先電話番号		
申請者氏名	(続柄：) ※施設等からの代理申請の場合は、施設名と施設長名等でご申請ください。		
再発行の理由 (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"/> ヒブ（初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加） <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"/> 4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"/> 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"/> 子どもの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> <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> HPV（1回目・2回目・3回目）	
		成人 高齢者	<input type="checkbox"/> 風しんの追加的対策(クーポン券)※S37年4月2日～S54年4月1日生の男性 <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 ※ご希望の予診票等が発行対象年齢を満たしているか、ホームページ等でご確認の上、ご申請ください(有効期限が切れている場合は、原則として発行できません。)。
送 付 先 ※予診票等は区指定の医療機関 (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。) でのみ使用可能です。	<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...(方書を必ずご記入ください)... 〒		

※被接種者及び申請者の本人確認書類の写しを添付してください。

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