

予防接種予診票等交付申請書

年 月 日

| | | | |
|--|--|--|---|
| 被接種者氏名 <small>※接種を受ける方の氏名</small> | 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:) | | |
| 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)※ <small>10月～翌年1月31日まで 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 <small>※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。</small> | <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) 〒 | | |

※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 | | | | | |