

須坂市予防接種予診票等交付申請書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

申 請 者 住 所 須坂市

氏 名

予防接種を受ける方との続柄 ()

連絡先(電話番号)

予防接種を
受ける方(受けた)方

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

下記のとおり申請します。

交付の条件として、次の事項に承諾します。

- ☐ 規定の回数を超えて接種した場合及び対象年齢外で接種した場合、その費用は全額自己負担とします。また、接種により健康被害が生じた場合、任意接種の扱いとなります。
- ☐ 再交付の場合、紛失書類等が発見された際には、再交付を受けた書類を優先使用します。

1 交付理由(該当する箇所にレ点をし、その他の場合は理由をお書きください。)

☐紛失 ☐未交付 ☐その他 ()

2 交付予診票等(該当する箇所にレ点をし、複数回接種する予防接種については○をしてください。)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Hib (インフルエンザ菌b型) | [1 回目・2 回目・3 回目・追加] |
| ☐ 小児肺炎球菌 | [1 回目・2 回目・3 回目・追加] |
| ☐ B型肝炎 | [1 回目・2 回目・3 回目] |
| ☐ ロタウイルス | [1 回目・2 回目・3 回目] |
| ☐ 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) | [1 回目・2 回目・3 回目・追加] |
| ☐ 五種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・H i b) | [1 回目・2 回目・3 回目・追加] |
| ☐ ポリオ | [1 回目・2 回目・3 回目・追加] |
| ☐ 二種混合 (ジフテリア・破傷風) | |
| ☐ B C G | |
| ☐ MR (麻しん・風しん) | [第 1 期・第 2 期] |
| ☐ 水痘 | [1 回目・2 回目] |
| ☐ 日本脳炎 (定期接種) | [1 回目・2 回目・追加・第 2 期] |
| ☐ 日本脳炎 (特例) | [1 回目・2 回目・追加・第 2 期] |
| ☐ ヒトパピローウイルス (定期接種) | [1 回目・2 回目・3 回目] * |
| ☐ ヒトパピローウイルス (キャッチアップ接種) | [1 回目・2 回目・3 回目] |
| ☐ 高齢者肺炎球菌 | |
| ☐ 帯状疱疹 | [1 回目・2 回目] |
| ☐ 接種済証 | [HPV (1 回目・2 回目・3 回目)・MR 2 期・二種混合] |
| ☐ その他 | () |