

予防接種券交付申請書

四国中央市長 様

予防接種券の交付を申請致します。

※1 接種券の発行は、重複接種をさけるため、原則**母子健康手帳のコピーが必須**です。
 ※2 再発行後は以前発行していた接種券、予診票、クーポン券等は**無効**となります。再発行後に接種券が見つかった場合は必ず破棄してください。後日、**重複した予防接種、風しん抗体検査が判明した場合、費用は全額自己負担**となり、健康被害救済制度の利用はできませんので、ご了承ください。

受付者氏名 【備考欄】

上記事項に同意します。(必ずご確認ください)

申請日	令和 年 月 日	窓口に来た方	続柄	保護者 子 その他 ()	窓口に来た方の本人確認	<input type="checkbox"/> 1点確認(顔写真付公的証明) (免・マ付・障・) <input type="checkbox"/> 2点確認 (保・介・)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 紛失・破損による再発行 <input type="checkbox"/> 証明書交付 <input type="checkbox"/> その他()	住所	電話番号	携帯:			
		四国中央市	メール	@			
被接種者(予防接種を受ける者)氏名	ふりがな ①	ふりがな ②	ふりがな ③				
生年月日【年齢】	T・S・H・R 年 月 日生 【 歳 か月】	T・S・H・R 年 月 日生 【 歳 か月】	T・S・H・R 年 月 日生 【 歳 か月】				
本人確認書類(同一世帯でない場合は必ず必要です)	<input type="checkbox"/> 未成年(保護者の本人確認) <input type="checkbox"/> 免・マ付・障・その他() ※顔写真付公的証明がない場合は2点確認実施	<input type="checkbox"/> 未成年(保護者の本人確認) <input type="checkbox"/> 免・マ付・障・その他() ※顔写真付公的証明がない場合は2点確認実施	<input type="checkbox"/> 未成年(保護者の本人確認) <input type="checkbox"/> 免・マ付・障・その他() ※顔写真付公的証明がない場合は2点確認実施				
予防接種の種類	対象年齢	交付した接種券	交付した接種券	交付した接種券			
ロタウイルス	【1価】生後24週まで ※1回目 【5価】生後32週まで 14週6日まで	<input type="checkbox"/> ロタウイルス 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> ロタウイルス 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> ロタウイルス 1 - 2 - 3			
B型肝炎	生後1歳未満	<input type="checkbox"/> B型肝炎 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> B型肝炎 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> B型肝炎 1 - 2 - 3			
BCG	生後1歳未満	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> BCG			
ヒブ	生後2か月～5歳未満	<input type="checkbox"/> ヒブ 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> ヒブ 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> ヒブ 1 - 2 - 3 - 追			
小児用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 1 - 2 - 3 - 追			
五種混合	生後2か月～7歳半未満	<input type="checkbox"/> DPT-IPV-Hib 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> DPT-IPV-Hib 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> DPT-IPV-Hib 1 - 2 - 3 - 追			
四種混合(DPT-IPV)		<input type="checkbox"/> DPT-IPV 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> DPT-IPV 1 - 2 - 3 - 追	<input type="checkbox"/> DPT-IPV 1 - 2 - 3 - 追			
水痘	1歳～3歳未満	<input type="checkbox"/> 水痘 1 - 2	<input type="checkbox"/> 水痘 1 - 2	<input type="checkbox"/> 水痘 1 - 2			
麻しん風しん1期	1歳～2歳未満	<input type="checkbox"/> MR1期 1期	<input type="checkbox"/> MR1期 1期	<input type="checkbox"/> MR1期 1期			
麻しん風しん2期	年長児	<input type="checkbox"/> MR2期 2期	<input type="checkbox"/> MR2期 2期	<input type="checkbox"/> MR2期 2期			
日本脳炎	1期	<input type="checkbox"/> 日脳1期 1 - 2 - 追	<input type="checkbox"/> 日脳1期 1 - 2 - 追	<input type="checkbox"/> 日脳1期 1 - 2 - 追			
	2期			<input type="checkbox"/> 日脳2期 2期	<input type="checkbox"/> 日脳2期 2期	<input type="checkbox"/> 日脳2期 2期	
	5条特例			<input type="checkbox"/> 日脳(5条特例) 1 - 2 - 追 - 2期	<input type="checkbox"/> 日脳(5条特例) 1 - 2 - 追 - 2期	<input type="checkbox"/> 日脳(5条特例) 1 - 2 - 追 - 2期	
二種混合(DT)	11歳～13歳未満	<input type="checkbox"/> DT 2期	<input type="checkbox"/> DT 2期	<input type="checkbox"/> DT 2期			
子宮頸がん	中1(12歳になる年度)～高1(16歳になる年度)の女子	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん 1 - 2 - 3			
	キャッチアップ(H9.4.2～H20.4.1女)R7.3.31迄	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん 1 - 2 - 3	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん 1 - 2 - 3			
風しん抗体検査及び予防接種	昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性	<input type="checkbox"/> 風しんクーポン券	<input type="checkbox"/> 風しんクーポン券	<input type="checkbox"/> 風しんクーポン券			
高齢者インフルエンザ	接種期間に65歳以上 ※60-64歳心臓・腎臓・呼吸器・HIVによる身障1級相当含	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ			
高齢者のコロナワクチン		<input type="checkbox"/> コロナワクチン	<input type="checkbox"/> コロナワクチン	<input type="checkbox"/> コロナワクチン			
高齢者の肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌			
その他		<input type="checkbox"/> 予防接種証明書交付	<input type="checkbox"/> 予防接種証明書交付	<input type="checkbox"/> 予防接種証明書交付			
母子健康手帳の紛失等により、前住地自治体等への情報照会を希望する場合はマイナンバーを記入してください。		<input type="checkbox"/> 情報照会に同意します	<input type="checkbox"/> 情報照会に同意します	<input type="checkbox"/> 情報照会に同意します			

本人確認について（個人情報保護対策として本人確認を実施しています。ご協力をお願いします）

申請者が本人(被接種者)と異なる場合は、原則両方の確認を行います。

申請者	本人(被接種者)
<p>【1点でよいもの】※公的機関の発行する顔写真付き証明書(有効期限内のもの)</p> <p><input type="checkbox"/>マイナンバーカード(番号は不要、表のみ確認)</p> <p><input type="checkbox"/>運転免許証、運転経歴証明書</p> <p><input type="checkbox"/>身体障がい者手帳</p> <p><input type="checkbox"/>その他(</p>	<p><input type="checkbox"/>申請者が本人の場合は不要</p> <p><input type="checkbox"/>申請者と被接種者が同一世帯の場合は不要</p> <p><input type="checkbox"/>被接種者が未成年や成年被後見人は、保護者である確認を実施</p>
<p>【2点以上必要なもの】※顔写真のない住所・氏名・生年月日の記載があるもの</p> <p><input type="checkbox"/>健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険証</p> <p><input type="checkbox"/>医療受給者証(乳幼児等)</p> <p><input type="checkbox"/>年金手帳・年金証書</p> <p><input type="checkbox"/>その他(</p>	<p>【1点でよいもの】※公的機関の発行する顔写真付き証明書(有効期限内のもの)</p> <p><input type="checkbox"/>マイナンバーカード(番号は不要、表のみ確認)</p> <p><input type="checkbox"/>運転免許証、運転経歴証明書</p> <p><input type="checkbox"/>身体障がい者手帳</p> <p><input type="checkbox"/>その他(</p> <p>【2点以上必要なもの】※顔写真のない住所・氏名・生年月日の記載があるもの</p> <p><input type="checkbox"/>健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険証</p> <p><input type="checkbox"/>医療受給者証(乳幼児等)</p> <p><input type="checkbox"/>年金手帳・年金証書</p> <p><input type="checkbox"/>その他(</p>