

# 定期予防接種予診票交付・再交付申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

<申請者> 住 所：  
氏 名： (続柄 )  
電話番号：

定期予防接種予診票の（再）交付を受けたいので、次のとおり申請します。

## 1 定期予防接種を受ける方の氏名及び生年月日

ふりがな  
氏 名：  
生年月日：

## 2 予診票（再）交付を希望する予防接種の種類

該当するものに○をつけてください。

| 種 目                                   | 回 数                     |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Hib（ヒブ）                               | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目   |
| 小児の肺炎球菌                               | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目   |
| B型肝炎                                  | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目         |
| 4種混合                                  | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加    |
| BCG                                   | 1回                      |
| 麻しん風しん混合ワクチン                          | 第1期 ・ 第2期               |
| 水痘（みずぼうそう）                            | 1回目 ・ 2回目               |
| 日本脳炎                                  | 1期1回 ・ 1期2回 ・ 1期追加 ・ 2期 |
| *日本脳炎（特例）                             | 1期1回 ・ 1期2回 ・ 1期追加 ・ 2期 |
| ポリオ（不活化）                              | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加    |
| 麻しん                                   | 第1期 ・ 第2期               |
| 風しん                                   | 第1期 ・ 第2期               |
| ヒトパ <sup>o</sup> ヒロ-マウイルス感染症（子宮頸がん予防） | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目         |
| 二種混合（2期）                              | 1回                      |

## 3 申請の理由

紛失 ・ 特例等による交付 ・ その他（ ）

身分証確認（保険証・運転免許書・他）

対応職員 名前

\_\_\_\_\_