**毛呂山町予防接種予診票（定期接種）交付申請書**

令和　　年　　月　　日

　毛呂山町長　井上健次　様

　住　所　毛呂山町

申請者　氏　名

　　　　被接種者との続柄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 平成･令和　　　　　年　　月　　日生　（　　　歳　　か月） |
| 住　　所 | 毛呂山町 |
| 保護者 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 被接種者との続柄 |  |
| 住　　所 | 毛呂山町 |
| 電話番号 |  |
| 予防接種 | ＢＣＧ | １回 | 　　枚 |
| ロ　　 タ | １価１・２回目、　５価１・２・３回目 | 枚 |
| Ｂ型肝炎 | 初回１・２回目、追加１回 | 枚 |
| ヒ　　ブ | 初回１・２・３回目、追加１回 | 枚 |
| 小児用肺炎球菌 | 初回１・２・３回目、追加１回 | 枚 |
| DPT-IPV　　４種混合 | 第１期初回１・２・３回目、第１期追加１回 | 枚 |
| DPT-IPV-Hib５種混合 | 第１期初回１・２・３回目、第１期追加１回 | 枚 |
| ＩＰＶ不活化ポリオ | 第１期初回１・２・３回目、第１期追加１回 | 枚 |
| ＤＴ２種混合 | 第２期１回 | 枚 |
| 水　　痘 | １・２回 | 枚 |
| 日本脳炎 | 第１期初回１・２回目第１期追加１回、第２期１回 | 枚 |
| ＭＲ麻しん風しん混合 | 第１期、第２期 | 枚 |
| 子宮頚がん | 小学６年、中学１・２・３年、高校１年キャッチアップ（ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ・ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ） | 枚 |
| 医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 埼玉県（　　　　　　）市・町 |

※母子健康手帳を持参しなかったため、予防接種間違い防止についての説明を受けました。

令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　署　名

【保健センター担当処理欄】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 住基確認 | 代理人確認 | 母子手帳 | 履歴確認 | 情報連携 | ＜注意事項＞システムに接種履歴がない場合は、母子手帳の写しを添付すること。また、転入者についてはマイナンバー情報連携にて確認すること。 |
|  |  |  |  |  |  |