

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	B C G	1 回			枚
	口 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-Hib 5 種混合	第 1 期初回 1・2・3 回目、第 1 期追加 1 回			枚
	I P V 不活化ポリオ	第 1 期初回 1・2・3 回目、第 1 期追加 1 回			枚
	D T 2 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
	子宮頸がん	小学 6 年、中学 1・2・3 年、高校 1 年 キャッチアップ（サーバリックス・ガーダシル）			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。