

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	昭和・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	昭和・平成	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 夕	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		
	小児用肺炎球菌	初回1・2・3回目、追加1回		枚		
	5種混合	初回1・2・3回目、追加1回		枚		
	3種混合	第1期初回1・2・3回目、第1期追加1回		枚		
	2種混合	第1期初回1・2・3回目、第1期追加1回		枚		
	不活化ポリオ	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		枚		
	RSウイルス（妊婦）	1回		枚		
機 医 関 療	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。

