

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-I PV 4種混合	第1期初回1・2・3回目、第1期追加1回			枚	
	I PV不活化ポリオ	第1期初回1・2・3回目、第1期追加1回			枚	
	DT 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			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。