定期予防接種券交付申請書

申請年月日　　年　　月　　日

１．申請者(保護者)

(1)　氏　　名

(2)　生年月日

(3)　住　　所　　入善町

(4)　電話番号

(5)　保護者確認　□運転免許証□パスポート□健康保険証□その他（　　）

２．接種対象者

(1)　氏名

(2)　個人番号

(3)　生年月日　　年　　月　　日生　（　　歳　　か月）

(4)　住　　所　　入善町

(5)　該当の予防接種券（○で囲む）

インフルエンザ菌ｂ型（Hib）【１回・２回・３回・追加】

小児肺炎球菌【１回・２回・３回・追加】、Ｂ型肝炎【１回・２回・３回】

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ【第１期初回：１回・２回・３回、第１期追加】

ＢＣＧ、麻しん（はしか）・風しん【 第１期、第２期 】、水痘【１回・２回】、

日本脳炎【第１期初回：１回目・２回目、第１期追加、２期】

その他【　　】

【保健センター確認欄】

□母子健康手帳のコピー（出生届出済証明のページ、予防接種記録のページ）

□兄弟姉妹の予防接種状況……接種券交付

□本人及び兄弟姉妹健診状況……乳児一般健康診査受診票、１歳６か月児健診問診票

受付（２人対応）	