

予防接種票交付申請書

男性 HPV ワクチン専用

江戸川区長 殿

令和 年 月 日

予防接種票の交付を申請します。

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 TEL () _____

予 防 接 種 者	フリガナ お 名 前		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 江戸川区 TEL ()	
申 請 理 由	新規・転入・再交付(紛失・予診)・日本脳炎特例・その他[]		

必要とする予防接種を○で囲んでください

定 期 接 種

Hib ワクチン	・ (生後 2 か月～7 か月に至るまで) 初回 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加分 ・ (生後 7 か月～1 歳に至るまで) 初回 1 ・ 2 回目 ・ 追加分 ・ (生後 1 歳～5 歳に至るまで) 初回 1 回分
小児用肺炎球菌	・ (生後 2 か月～7 か月に至るまで) 初回 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加分 ・ (生後 7 か月～1 歳に至るまで) 初回 1 ・ 2 回目 ・ 追加分 ・ (生後 1 歳～2 歳に至るまで) 初回 1 回 ・ 追加分 ・ (生後 2 歳～5 歳に至るまで) 初回 1 回分
◆風しん麻しん混合(MR) I 期、II 期	
◆B型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目	◆ロタウイルス 1 回目・2 回目・3 回目 ※ロタリックスは2回で接種完了
◆日本脳炎 I 期初回 1 回目・2 回目、I 期追加、II 期	
※特例①平成 19 年 4 月 1 日以前に生まれた 20 未満の方、②平成 19 年 4 月 2 日～平成 21 年 10 月 1 日生まれて I 期が接種完了していない II 期対象の方	
◆四種混合(DPT-IPV)1 回目・2 回目・3 回目・追加分	◆五種混合(DPT-IPV-Hib)1 回目・2 回目・3 回目・追加分
◆BCG (結核) 1 回	◆不活化ポリオ 1 回目・2 回目・3 回目・追加分
◆水痘 1 回目・2 回目	◆二種混合(DT) II 期 1 回
◆子宮頸がんワクチン 1 回目・2 回目・3 回目	
◇(10 月～1 月)熟年者インフルエンザ	◇(10 月～3 月)コロナウイルスワクチン 65 歳以上
◇高齢者肺炎球菌ワクチン 65 歳	

任 意 接 種

必要回数に○をつけてください

◆風しん麻しん混合(MR) I 期、II 期	◆おたふくかぜ 1 回目・2 回目
◆(10 月～1 月)小児インフルエンザ 1 回目・2 回目	◆ 男性 HPV ワクチン 1 回目・2 回目・3 回目
◇高齢者肺炎球菌ワクチン 66 歳以上	

交付枚数	枚	受付者	確認	母子手帳 保険証 端末 その他[]	受付印
------	---	-----	----	--------------------------	-----