

予 防 接 種 票 交 付 申 請 書

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	T S _____ 年 月 日 (満 歳 か月) H R		
	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)・日脳特例・その他[_____]			
必要とする予防接種に○をつけてください。				
H i b ワクチン	1	生後 2 ヶ月	～ 7 ヶ月に至るまで (初回 1・2・3 回目・追加分)	
	2	生後 7 ヶ月	～ 1 歳に至るまで (初回 1・2 回目・追加分)	
	3	生後 1 歳以上	～ 5 歳に至るまで (初回 1 回目分)	
小児用肺炎球菌	1	生後 2 ヶ月	～ 7 ヶ月に至るまで (初回 1・2・3 回目・追加分)	
	2	生後 7 ヶ月	～ 1 歳に至るまで (初回 1・2 回目・追加分)	
	3	生後 1 歳以上	～ 2 歳に至るまで (1・追加分)	
	4	生後 2 歳以上	～ 5 歳に至るまで (1 回目分)	
	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回目まで			
	日脳 I 期初回 1 回目		日脳 I 期初回 2 回目	
	日脳 II 期	※日脳特例 ①平成 19 年 4 月 1 日以前に生まれた 2 0 歳未満の方 ②平成 19 年 4 月 2 日～平成 21 年 10 月 1 日生まれで I 期が接種完了していない II 期対象の方		
	4 混 I 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加			
	不活化ポリオ初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加			
	MR I 期 (定期・任意)			MR II 期 (定期・任意)
	おたふくかぜ (任意接種一部助成) (1 回目・2 回目) ※接種回数に○をしてください			
	水痘 (1 回目・2 回目)			子宮頸がんワクチン (1 回目・2 回目・3 回目)
	高齢者肺炎球菌 (定期)			熟年者インフルエンザ(定期)

交付枚数		受	付	者	確	認	母子手帳 保険証 端末 その他[_____]	受	付	印
------	--	---	---	---	---	---	--------------------------------	---	---	---