

予 防 接 種 票 交 付 申 請 書

子宮頸がん
 キャッチアップ専用

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			女
	生年月日	H 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	キャッチアップ接種(新規・転入・再交付(紛失・予診)・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ヵ月	～	7ヵ月に至るまで (初回1・2・3回目・追加分)
	2	生後7ヵ月	～	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ヵ月	～	7ヵ月に至るまで (初回1・2・3回目・追加分)
	2	生後7ヵ月	～	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20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			
	MRⅠ期 (定期・任意)			MRⅡ期 (定期・任意)
	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	枚	受付者		確認	母子手帳 保険証 端末 その他[]	受付印	
------	---	-----	--	----	--------------------------	-----	--