

予防接種予診票（交付・再交付）申請書

大槌町長 様

下記のとおり申請します。

太枠内の記入をお願いします。

令和 年 月 日

被接種者	ふりがな		生年 月日		年 月 日(満 歳 ヶ月)
	氏名				
	住所	大槌町			
申請者	氏名		接種者との続柄	本人・父・母・その他 ()	
	連絡先	— —			
該当する項目を☑、理由として当てはまるものに○をつけて下さい。			<input type="checkbox"/> 交付 転入・その他() <input type="checkbox"/> 再交付 紛失・破損・その他()		

種類(交付希望の予診票に○をつけて下さい。)					対象	
小児	ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加	生後2か月から5歳に達するまで
	小児肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	生後2か月から5歳に達するまで
	B型肝炎	1回目	2回目	追加	/	1歳に達するまで
	ロタウイルス	1枚	2枚	3枚		2回接種・・・生後6週～生後24週まで 3回接種・・・生後6週～生後32週まで
	四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	生後2か月から7歳6か月に達するまで
	BCG	/				1歳に達するまで
	水痘 (水ぼうそう)	1回目		2回目		1歳から3歳に達するまで
	MR (麻しん・風しん)	第1期				1歳から2歳に達するまで
		第2期				5歳から7歳に達するまで
	日本脳炎	1期	1回目	2回目	追加	生後6か月から7歳6か月に達するまで
		2期	/			9歳から13歳に達するまで
	二種混合	/				11歳から13歳に達するまで
成人	高齢者肺炎球菌	①60歳～64歳 (身体障害者手帳 1級程度)		②65歳 以上 (一般)	③65歳 以上 (生活保護)	① 60歳から64歳で心臓、腎臓、呼吸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する方(身体障害者手帳1級) ② 今年度65.70.75.80.85.90.95.100歳になる方 ③ ②のうち、生活保護受給者
	高齢者インフルエンザ	①65歳 以上 (一般)	②60歳～64歳 (身体障害者手帳 1級程度)		③65歳 以上 (生活保護)	① 65歳以上の方(一般) ② 60歳から64歳で心臓、腎臓、呼吸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する方(身体障害者手帳1級) ③ 65歳以上の方で、生活保護受給者
	風しん 追加的対策	第5期				昭和37年4月2日～昭和54年4月1日までの間に生まれた男性
	任意 おたふくかぜ	/				1歳～2歳未満

* ご記入の上、大槌町役場健康福祉課へ御持参(または郵送)して下さい。
 * 接種者がお子さんの場合は母子健康手帳(予防接種の接種歴のページ)の写しを添付して下さい。

大槌町役場確認欄	受付印
母子健康手帳 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="checkbox"/> 健康管理システム <input style="width: 50px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
発行者氏名	

