

# 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

<b>被接種者</b>	ふりがな		生年 月日		年 月 日(満 歳 ヶ月)
	氏名				
	住所	大槌町			
<b>申請者</b>	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"/> <b>交付</b> 転入・その他( ) <input type="checkbox"/> <b>再交付</b> 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	
<b>小児</b>	<b>ヒブ</b>	1回目	2回目	3回目	追加	生後2カ月から5歳に達するまで
	<b>小児肺炎球菌</b>	1回目	2回目	3回目	追加	生後2カ月から5歳に達するまで
	<b>B型肝炎</b>	1回目	2回目	追加	/	1歳に達するまで
	<b>ロタウイルス</b>	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
	<b>四種混合</b>	1回目	2回目	3回目	追加	生後3カ月から7歳6カ月に達するまで
	<b>五種混合</b>	1回目	2回目	3回目	追加	生後3カ月から7歳6カ月に達するまで
	<b>BCG</b>	/				1歳に達するまで
	<b>水痘 (水ぼうそう)</b>	1回目		2回目		1歳から3歳に達するまで
	<b>MR (麻しん・風しん)</b>	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
	<b>日本脳炎</b>	1期	1回目	2回目	追加	生後6カ月から7歳6カ月に達するまで
	2期	/			9歳から13歳に達するまで	
<b>二種混合</b>	/				11歳から13歳に達するまで	
<b>子宮頸がん</b>	1回目	2回目	3回目	/	12歳となる日に属する年度の初日から16歳となる日に属する年度の末日までの間にある女子	
<b>成人</b>	<b>高齢者肺炎球菌</b>	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 65歳の方 ③ ②のうち、生活保護受給者
	<b>高齢者インフルエンザ</b>	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
	<b>新型コロナウイルス</b>	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
	<b>風しん追加的対策</b>	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
<b>任意</b>	<b>おたふくかぜ</b>				/	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="text"/>	受付印
健康管理システム <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
発行者氏名	