

発行申請書

必要な方

住 所	須崎市	電 話	
氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
理 由	①紛失 ②その他 (・予診票の差替え ・診察の結果中止 ・)		

必要な物に○をしてください。

1. 母子健康手帳()	2. 予防接種記録()	3. 予防接種済証()	
4. 予防接種手帳()	5. 予防接種予診票()	6. 風しんクーポン券()	

上の 3. 4. 5. 6 については、予防接種の種類、回数等を○で囲んでください。

定 期 予 防 接 種	
A 類疾病	・ヒブ (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・小児用肺炎球菌 (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・B型肝炎 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ロタウイルス (ロタリックス: 1回 ・ 2回) (ロタテック: 1回 ・ 2回 ・ 3回) ・四種混合(DPT-IPV) 1期 (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・ポリオ (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・BCG ・麻しん風しん混合 (1期 ・ 2期) ・水痘 (1回 ・ 2回) ・日本脳炎1期 (1回 ・ 2回 ・ 追加) ・日本脳炎2期 ・二種混合(DT) 2期 ・子宮頸がん (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・風しんクーポン券 (抗体検査 ・ 予防接種5期)
B 類疾病	・高齢者肺炎球菌 (1回)

上記の理由により、発行をお願いします。

須崎市長 様

令和 年 月 日

申請者(保護者) 住所

氏名

㊟

続柄

市記入欄	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の接種履歴の写し	対応者サイン()
------	---	-----------