

発行申請書

発行が必要な方

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 (<input type="checkbox"/> 予診票の差替え <input type="checkbox"/> 診察の結果中止 <input type="checkbox"/> その他理由：)		

発行が必要なものに○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、予防接種の種類を☑し、回数を○で囲んでください。

定 期 予 防 接 種	
A 類疾病	<input type="checkbox"/> ヒブ (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回 ・ 2回 ・ 3回)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV) (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> 5種混合(DPT-IPV-HIB) (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (1期 ・ 2期)
	<input type="checkbox"/> 水痘 (1回 ・ 2回)
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎1期 (1回 ・ 2回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎2期
	<input type="checkbox"/> 2種混合(DT) 2期
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) (1回 ・ 2回 ・ 3回)
	<input type="checkbox"/> 風しんクーポン券 (抗体検査 ・ 予防接種5期)
B 類疾病	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌

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"/> 予防接種記録の写し(母子健康手帳)	対応者サイン()
------	--	-----------