

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 (☐ 予診票の差替え ☐ 診察の結果中止 ☐ 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 ()	

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	☐ 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)
	☐ 4 種混合 (DPT-IPV) (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)
	☐ 5 種混合 (DPT-IPV-HIB) (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
	☐ 2 種混合 (DT) 2 期
	☐ 子宮頸がん (HPV) (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
☐ インフルエンザ	
☐ 新型コロナウイルス	
☐ 帯状疱疹	

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(保護者等) 住所

氏名

続柄

市記入欄	☐ 予防接種記録の写し (母子健康手帳)	対応者サイン ()
------	---	----------------