

寒河江市長

殿

予防接種接種券交付申請書

県内の医療機関（寒河江市西村山郡を除く）で予防接種を受けたいので、下記のとおり、接種券の交付を申請します。

記

申請書	フリガナ		電話番号	
	氏名		被接種者との続柄	
	住所	寒河江市		
被接種者 (予防接種を受ける者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	寒河江市		
保護者氏名			被接種者との続柄	
実施医療機関	所在市町村	市 ・ 町 ・ 村		
	機関名			
接種を予定している 予防接種の種類回数 (該当するものに○)	(1) BCG	乳児		
	(2) 四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加		
	(3) 五種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加		
	(4) 二種混合	2 期		
	(5) 麻しん風しん混合	1 期、2 期		
	(6) 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)、追加、2 期		
	(7) 単独不活化ポリオ	1 回目・2 回目・3 回目・4 回目		
	(8) ヒブ	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加		
	(9) 小児用肺炎球菌	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加		
	(10) 子宮頸がん (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目		
	(11) 水痘	1 回目・2 回目		
	(12) B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	(13) ロタウイルスワクチン			
	(1 価)	1 回目・2 回目		
(5 価)	1 回目・2 回目・3 回目			
接種予定日	年 月 日			
備考				

注 1 : 実施する市町村及び接種種類によっては、接種費用の一部が自己負担となる場合があります。

注 2 : 接種券の発行ができない医療機関があります。

注 3 : 接種予定日が 2 か月先を超えるものについては、接種券を交付できない場合があります。

交付		確認		交付 No.	
----	--	----	--	--------	--