

課長	係長	参事	主査	副査	受付担当者

受付印

予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

御船町長 様

下記のとおり、御船町が実施する予防接種の予診票の交付を申請します。

なお、予防接種法による接種対象年齢外、及び時期を過ぎて接種した場合、または既に同一の接種が済んでいた場合等は、任意接種(予防接種による健康被害救済制度対象外及び接種費用自己負担)となることを承諾します。

記

(窓口 にきた 人) 申請者	住所	上益城郡御船町
	氏名	(続柄:)
	電話番号	()

被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	性別	男・女
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(満 歳 か月)		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	上益城郡御船町	
予防接種の種類	B 肝・ロタ・ヒブ・肺炎球菌・5種混合・4種混合・BCG ・MR・水痘・日本脳炎・2種混合・子宮頸がん 高齢者肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス			
接種場所 (病院名等)				
交付申請理由	転入 ・ 紛失 ・ かかりつけ ・ 入院、入所中 その他()			
20歳 未満	母子健康手帳 再発行の有無	無 ・ 有(再発行日:)		

※職員記入欄

種別	B型肝炎	ロタ	ヒブ	肺炎球菌	5種混合	4種混合	BCG	MR	水痘	日本脳炎	2種混合	子宮頸がん	高齢者肺炎球菌	インフルエンザ	コロナ
発行枚数															

(20歳未満確認用)

チェック 項目欄	母子手帳コピー・添付		配布用問診票の確認		接種歴入力関係	
	第一確認者	第二確認者	第一確認者	第二確認者	接種歴入力	入力チェック