

予防接種予診票交付申請書

三木市長 様

次のとおり、予防接種予診票の交付を申請します。

なお、予診票の交付にあたり、予防接種歴情報の照会について同意します。

申請日	年 月 日	申請者氏名	
ふりがな 接種者氏名			
生年月日	平成・令和	年 月 日	
住所	三木市		
電話番号			
申請理由			

※母子健康手帳の予防接種の記録のページの写しも添付してください。

以下は職員記入欄

予診票交付	ロタ	1回目・2回目・3回目（ロタテックのみ）
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	四種混合	1回目・2回目・3回目・追加
	五種混合	1回目・2回目・3回目・追加
	BCG	1回目
	麻しん風しん（MR）	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期
	二種混合	2期
	子宮頸がん予防（HPV）	1回目・2回目・3回目
交付状況	① 窓口交付（ / ） ② 郵送（ / ）	
添付書類	母子健康手帳の写し（あり・なし）	

乳幼児健診の受診状況（就学前の乳幼児のみ）

4か月児健診	1 受診済	2 受診未	→ 案内（ 窓口配布 ・ 郵送 ）	3 対象外
1歳6か月児健診	1 受診済	2 受診未	→ 案内（ 窓口配布 ・ 郵送 ）	3 対象外
3歳児健診	1 受診済	2 受診未	→ 案内（ 窓口配布 ・ 郵送 ）	3 対象外
5歳児発達健診	1 受診済	2 受診未	→ 案内（ 窓口配布 ・ 郵送 ）	3 対象外

【問合せ先】三木市健康増進課（総合保健福祉センター内）TEL0794-86-0900

届出人：申請者本人・代理人（ ）	対応者：
------------------	------