

記入しないでください

年 月 日

【書き方見本】

- ☆母子健康手帳の予防接種欄のコピーを添付してください。
- ☆希望する予防接種の予診票をお持ちであれば、添付してください（「他市依頼接種」印を押して郵送します）。
- ☆2週間ほどで関係書類を郵送します。

申請者	フリガナ	セト ハナコ	被接種者	<input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父
	氏名	瀬戸 花子	との続柄	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	現住所	〒489-0000 瀬戸市〇〇町〇番地		
	電話番号	080-0000-0000		

被接種者	フリガナ	セト タロウ	生年	令和8年4月1日
	氏名	瀬戸 太郎	月日	(満0歳2か月)
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	保護者名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	滞在先住所	住所	〒000-0000 静岡県〇〇〇〇〇〇〇〇〇 電話番号：080-0000-0000	滞在期間：

※県外在住者の予防接種が実施可能であるかご確認ください。

様方

被接種者	必要書類送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所	接種を希望する医療機関	医療機関名	〇〇クリニック	
				所在地	静岡県〇〇市	
				電話番号	000-0000-0000	
	希望する予防接種	(<input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2)種混合		<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期		
		小児肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加		
		B型肝炎		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加		
		ロタワクチン		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加		
		ヒブワクチン		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加		
		BCG		<input type="checkbox"/> 1回		
		MR		<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	麻しん(単体)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
水痘		<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	風しん(単体)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期		
日本脳炎		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 2期			
HPV (子宮頸がん予防)		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加				
不活化ポリオ		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加				
事由	<input type="checkbox"/> 1かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2長期入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 3里帰り出産等長期滞在 <input type="checkbox"/> 4その他（ ）					

希望するものにチェックを入れてください。
(年度内に接種できるもの全て申請可能です)

該当するものにチェックを入れてください。