石岡市 予防接種予診票（再）交付申請書

太枠の中をご記入ください。

フリガナ 対象者氏名		
住　所	石岡市	
電話番号	（　　）	
生年月日	年　　月　　日	歳　　か月
申請理由	1　転入 転入日：　　前住所：	
	2　紛失 ・ 何らかの理由で予診票が届かない	
	3　その他（予診のみで使用・対象年齢到達・任意接種希望・　　）	

【同意事項】

各予防接種ごとに定められた年齢・回数の範囲外で接種を受けた場合は、接種費用は自己負担となることに同意します。

任意接種場合、接種後の健康被害が生じた際は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づくものとなります。

年　　月　　日

石岡市長 あて

申請者氏名　　（続柄：　　）

申請内容	24・32週まで	☐ ロタリックス（1・2） ☐ ロタテック（1・2・3）
	1歳まで	☐ B型肝炎（1・2・3） ☐ BCG
	2歳まで	☐ MR（1期）
	3歳まで	☐ 水痘（1・2）
	5歳まで	☐ 肺炎球菌（1・2・3・4） ☐ ヒブ（1・2・3・4）
	就学前まで	☐ MR（2期） ☐ （任意）おたふくかぜ（管内のみ）
	7歳半まで	☐ 5種混合（1・2・4・追加） ☐ 4種混合（1・2・3・追加） ☐ 日本脳炎1期（1・2・追加） ☐ 予防接種予診票1冊
	9歳～12歳	☐ 日本脳炎 2期
	11歳～12歳	☐ 2種混合（DT）
	小6～高1女子	☐ 子宮頸がん（1・2・3） ※キャッチアップH9.4.2～H19.4.1生まれ女性はR7.3月末まで対象
	50歳以上	（任意）帯状疱疹（管内のみ） ☐ 生ワクチン（1） ☐ 不活化ワクチン（1・2）
	65歳以上	高齢者肺炎球菌 ☐ 定期（65歳・60-64歳手帳） ☐ 任意（66歳以上管内のみ）

受付日	年　　月　　日	来所者	本人・母・父・児（　　）・他（　　）			
確認物	母子健康手帳（健診記録・予防接種記録） 免許証 ・ 保険証 ・ マイナンバーカード その他（　　）	健康管理システム確認		窓口対応者		

＊生後4か月以内の転入児：赤ちゃん訪問および子育て応援給付金申請（済・未）