

年 月 日

どなたのものが 必要ですか	住所		
	ふりがな		生年月日
	氏名		
窓口に来られた方 (申請者)	住所		
	ふりがな		生年月日
	氏名		
	電話番号		
	必要な方との関係性	☐ 父または母 ☐ 同一世帯 ☐ 本人 ☐ その他()	

発行を希望する予防接種の回数に○をしてください。

種類	回数				対象者
ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加	生後2か月～5歳未満
小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	
B型肝炎	1回目	2回目	3回目		1歳未満
五種混合	1回目	2回目	3回目	追加	生後2か月～7歳6か月未満
四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	
ロタ	()回分				ロタリックス:出生6週～24週まで ロタテック:出生6週～32週まで
BCG	1回				1歳未満
麻しん風しん (MRワクチン)	1期	2期			1期:1歳以上2歳未満 2期:小学校入学前の1年間
水痘	1回目	2回目			1歳以上3歳未満
日本脳炎	1期1回目	2回目	追加	2期	1期:生後6か月～7歳6か月未満 2期:9歳以上13歳未満 ※特例:H7.4.2～H19.4.1生まれの20歳未満
二種混合	1回				11歳以上13歳未満
ヒトパピローマウイルス感染症 (HPVワクチン)	1回目	2回目	3回目	①年度年齢12歳～16歳までの女性 ②H9.4.2～H21.4.1生まれの女性	
成人用肺炎球菌	1回				満65歳
带状疱疹	()回分				①年度年齢65・70・75・80・85・90・95・100歳 ②100歳以上

☐保険証 ☐その他()

受付	発行	確認