

【 申 請 者 】

住 所	杉並区	
氏 名		
接種を受ける子との関係		
電話番号	※日中に連絡の取れる電話番号	

子どもの定期予防接種予診票 交付・再交付申請書

下記により、予防接種予診票の（ 交付 ・ 再交付 ）を申請します。

接種を受ける子の 氏名・生年月日	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
接種を受ける子の住所	1. 申請者と同じ 2. その他 ()		
申請者が保護者でない場合、 保護者の氏名・住所を記入してください。			
種 類 (○で囲む)	1. BCG		
	2. ヒブ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)		
	3. 小児肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)		
	4. B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)		
	5. 5種混合 <DPT-IPV-Hib> (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)		
	6. 4種混合 <DPT-IPV> (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)		
	7. ロタウイルス (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)		
	8. 麻しん風しん混合 <MR> (1期 ・ 2期※)		
	9. 水痘 <水ぼうそう > (1回目 ・ 2回目)		
	10. 日本脳炎 1期 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加) , 2期※		
	11. 2種混合 <DT> ※		
	12. HPV(ヒトパピローマウイルス)感染症 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)		
申請理由	1. 転入のため (年 月 に から転入) 2. 紛失したため 3. その他 ()		

別紙「説明書」を参考に記入してください。

添付書類(接種を受けるお子さんの母子保健手帳の ●「本人と保護者の氏名」が記載されたページの写し ●「予防接種の記録」が記入されている全てのページの写し)を同封して郵送してください。

※次の予診票は、以下の時期に区から発送しますので到着をお待ちください。
ただし、送付時期に他自治体から転入された場合など届かないことがあります。
詳しくは、杉並保健所保健予防課 までお問い合わせください。

- ・麻しん風しん<MR>2期…6歳になる年度(4月1日から翌年3月31日)の初め
- ・日本脳炎2期…9歳誕生日の前月末頃
- ・2種混合<DT>…11歳誕生日の前月末頃
- ・HPV…中学1年生相当の前年度末頃

事務処理欄 (記入不要)		
受付日	発送日	担当者
/	/	