

記入例（再発行）

子どもの予防接種券発行申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

水戸市長 様

申請者 氏 名 水戸 花子  
 〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
 住 所 水戸市 〇〇町〇〇番地  
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
 被接種者との続柄 母

発行区分	<input type="checkbox"/> 転入 <input checked="" type="checkbox"/> 再発行 <input type="checkbox"/> その他( )
被 接 種 者	フリガナ <b>ミト タロウ</b>
	氏 名 <b>水戸 太郎</b>
	生年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	住民票に 記載の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 水戸市
ワ ク チ ン の 種 類	再発行の場合は、再発行する予防接種券の種類を選んでください。 <input type="checkbox"/> ロタウイルス（1回目・2回目・3回目）※3回目はロタテックのみ <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加） <input type="checkbox"/> 5種混合（1回目・2回目・3回目・追加） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（1期・2期） <input type="checkbox"/> 水痘（1回目・2回目） <input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎（1回目・2回目・追加・ <b>2期</b> ） <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> その他( )

同意事項（□にレを入れてください。）

被接種者が水戸市民であることの確認等のため、市長が必要な住民基本台帳情報等の名簿等の確認を行うことに同意します。

※ 同意しない場合は、住民票など、被接種者の住所がわかるものを添付してください。

【事務処理欄】

受付日	受付者	審査	交付日
/		<input type="checkbox"/> 接種歴 <input type="checkbox"/> 住 所	/

