

予 防 接 種 予 診 票 交 付 申 請 書
(予 診 票 の 申 し 込 み)

年 月 日

松 戸 市 長 あ て

申 請 者	住 所 松 戸 市
	氏 名
	接 種 を 受 け る 人 と の 続 柄 ()
	電 話 番 号

予診票等の必要書類の申請をします。

申請方法▶

担当課窓口へ来所（母子健康手帳をお持ちください）・郵送

※市民健康相談室では申請できません。

郵送の場合▶

同封物にチェック

- ①～③を同封し、下記担当課まで郵送。
- ☐ ① 申請書（この用紙）
- ☐ ② 母子健康手帳等の予防接種記録（コピー）
- ☐ ③ 長形 3 号の返信用封筒（送付先住所・氏名を記入、切手※貼付）
- ※ 予防接種 1 回～4 回分：110 円 5～9 回分：180 円
- ☐ 必要切手を添付しました
- （切手が不足している場合は、受取人払いとさせていただきます。）

希望の予防接種または回数に○をつけてください。

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 ヶ 月)	予防接種番号
氏 名				□あり□なし
・ ロ タ (1 ・ 2 ・ 3) ・ ヒ ブ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ 小 児 用 肺 炎 球 菌 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ B 型 肝 炎 (1 ・ 2 ・ 3) ・ 4 種 混 合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ 5 種 混 合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ M R (1 ・ 2) ・ 水 痘 (1 ・ 2) ・ B C G ・ 日 本 脳 炎 第 1 期 (1 ・ 2 ・ 追 加) ・ 日 本 脳 炎 第 2 期 ・ D T 第 2 期 ・ 子 宮 頸 がん (1 ・ 2 ・ 3) ・ お た ふ く か ぜ (1 ・ 2)				
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 ヶ 月)	予防接種番号
氏 名				□あり□なし
・ ロ タ (1 ・ 2 ・ 3) ・ ヒ ブ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ 小 児 用 肺 炎 球 菌 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ B 型 肝 炎 (1 ・ 2 ・ 3) ・ 4 種 混 合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ 5 種 混 合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ M R (1 ・ 2) ・ 水 痘 (1 ・ 2) ・ B C G ・ 日 本 脳 炎 第 1 期 (1 ・ 2 ・ 追 加) ・ 日 本 脳 炎 第 2 期 ・ D T 第 2 期 ・ 子 宮 頸 がん (1 ・ 2 ・ 3) ・ お た ふ く か ぜ (1 ・ 2)				
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 ヶ 月)	予防接種番号
氏 名				□あり□なし
・ ロ タ (1 ・ 2 ・ 3) ・ ヒ ブ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ 小 児 用 肺 炎 球 菌 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ B 型 肝 炎 (1 ・ 2 ・ 3) ・ 4 種 混 合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ 5 種 混 合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追 加) ・ M R (1 ・ 2) ・ 水 痘 (1 ・ 2) ・ B C G ・ 日 本 脳 炎 第 1 期 (1 ・ 2 ・ 追 加) ・ 日 本 脳 炎 第 2 期 ・ D T 第 2 期 ・ 子 宮 頸 がん (1 ・ 2 ・ 3) ・ お た ふ く か ぜ (1 ・ 2)				

※以下、交付担当職員記入欄

確認事項 : ☐ 住民登録 ☐ 接種対象年齢 ☐ 接種履歴

交付年月日 : 年 月 日 ☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 予防接種番号発行

対応者 : ()

(送 付 先) 〒 2 7 1 - 0 0 7 2
松 戸 市 竹 ヶ 花 7 4 - 3 中 央 保 健 福 祉 セ ン タ ー 内 予 防 衛 生 課
(電 話) 0 4 7 - 3 6 6 - 7 4 8 3