

葛城市長 様

申請者  
(保護者)

住所  
氏名

定期予防接種申請書

予防接種の種類 (○をつけて下さい。)	B型肝炎【1回目・2回目・3回目】
	Hib(ヒブ)【1回目・2回目・3回目・追加】
	小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】
	ロタ【1回目・2回目・3回目】
	DPT-IPV(4種混合)【1回目・2回目・3回目・追加】
	DPT-IPV-Hib(5種混合)【1回目・2回目・3回目・追加】
	不活化ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】
	BCG
	水痘【1回目・2回目】
	麻しん・風しん混合(MR)【1期・2期】
	日本脳炎【第1期初回 1・2・追加・第2期】
	DT(2種混合)
	HPV(子宮頸がん)【1回目・2回目・3回目】
接種希望場所・医療機関	( 病院・診療所 )(市町村名: )
接種予定日	年 月 日
接種者(児)氏名	
接種者(児)生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
20歳未満の場合 保護者氏名	
住所・電話番号	葛城市 ( - - )
止むを得ない事情	① 上記医療機関・施設に入院・入所しているため ② 2次接種 ( ) ③ 慢性疾患1次接種 ( ) ④ かかりつけ医が市外医療機関であるため ⑤ その他 ( )