

RSウイルス予防接種(妊婦用)予診票交付申請書

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

以下のとおり、予防接種予診票の交付について申請します。

申請理由	<input type="checkbox"/> R7年度妊娠届出者(未交付のため) <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()		
確認事項 ※ご確認の上、□に✓をご記入ください。	<input type="checkbox"/> つくば市の予防接種予診票は、接種日時点でつくば市に住民登録がある方のみお使いいただけます。 <input type="checkbox"/> 協力医療機関以外で接種する場合は、別途事前申請が必要です。 <input type="checkbox"/> 助成対象期間(妊娠週数)以外の場合には全額自己負担となります。 <input type="checkbox"/> 接種は出産予定日(または計画出産予定日)の14日以上前に計画しましょう。		
交付対象者条件確認欄	現在、妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ ※対象外	<input type="checkbox"/> はい
	母子健康手帳の交付場所及び交付日はいつですか	() 区・市・町・村 年 月 日交付	
	出産予定日	予定日 年 月 日	妊娠週数(申請日現在) 週 日
接種予定日	<input type="checkbox"/> 未予約 <input type="checkbox"/> 予約済み 令和 年 月 日(妊娠 週 日)		
計画出産の予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (計画出産予定日: 年 月 日)		

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	年齢	歳 か月
	電話番号		メールアドレス	
申請者	<input type="checkbox"/> 以下すべて、被接種者と同じ(本人からの申請)			
	フリガナ		被接種者との続柄	本人・配偶者 その他()
	氏名			
	住所	〒	※被接種者と同じ場合は省略可	
	電話番号		メールアドレス	
本人以外からの申請の場合		被接種者本人が予防接種を受けることを希望していることを確認しましたか。 (○をつけてください)【 はい / いいえ→交付できません 】		

■事務処理欄■

受付	受付者	確認者	接種履歴の確認	被接種者宛名番号	発送日	発送者
庁・桜・谷・大 郵送・電子			<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他			