

# HPV予防接種(条件付き延長)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。

確認事項	▼ご確認の上、□に✓をご記入ください。		
	□ 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。 □ 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。 □ 接種期間は、令和8年3月31日までです。期間を過ぎた場合には全額自己負担となります。		
交付対象者条件確認欄	▼以下の質問の回答に✓をご記入ください。		
	生年月日は 1997年(平成9年)4月2日から2009年(平成21年)4月1日生まれですか	□ はい	□ いいえ ※対象外
	2022年(令和4年)4月1日から2025年(令和7年)3月31日までにHPV予防接種を1回以上接種していますか	□ はい	□ いいえ ※対象外
	接種済みの回数に✓し、接種日をご記入ください。	□ 1回目 年 月 日	□ 2回目 年 月 日
	現在、授乳中または妊娠中ですか	□ はい □ いいえ	※接種医に要確認
接種予定日	令和 年 月 日	□予約済み □未予約 □未定	

申請者	フリガナ		被接種者との続柄	本人・母・父 その他( )	
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号		メールアドレス		
被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	□申請者と同じ(違う場合は下に記入)		年齢	歳 か月

## ■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			□ 母子健康手帳 □ システム □ その他			