予 防 接 種 済 証 交 付 申 請 書

年　　月　　日

日田市長　　様

申 請 者　住　所：

氏　名：

（被接種者との続柄：　　）

電話番号：

次のとおり、予防接種済証の交付を申請します

（ふりがな） 被接種者氏名	（　　）		
生年月日	年　　月　　日	年齢	歳
被接種者の 現住所			
接種時の住所	日田市		
保護者氏名	※申請者氏名と同じ場合は記載不要	続柄	
申請理由	□ 学校等への提出資料　　□ 母子健康手帳の紛失 □ その他（　　）		
証明を必要とする予防接種	証明を必要とする予防接種名に☑をしてください。 □すべて □ヒブ（インフルエンザ菌ｂ型） □小児用肺炎球菌 □Ｂ型肝炎 □四種混合[または三種混合]（ｼﾞﾌﾃﾘｱ・百日せき・破傷風・不活化ﾎﾟﾘｵ） □五種混合（ｼﾞﾌﾃﾘｱ・百日せき・破傷風・不活化ﾎﾟﾘｵ・ヒブ） □不活化ポリオ[または生ポリオ] □ロタウイルス感染症 □ＢＣＧ □水痘（みずぼうそう） □麻しん・風しん □日本脳炎 □二種混合（ジフテリア・破傷風） □子宮頸がん予防（ヒトパピローマウイルス） □RS ウイルス感染症 【注意】・予防接種済証で証明できるのは、日田市に住民票を有していた期間に接種した予防接種法に基づく定期予防接種に限ります。（任意予防接種は除く） ・予防接種法施行令で定められた記録の保存期間である５年を経過している予防接種履歴については、市に保存されていない場合がありますのでご了承ください。		

【申請に必要なもの】・申請者本人が確認できる書類（運転免許証、ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ、健康保険証等）

※以下の欄は記入不要です。

申請者本人確認	□運転免許証　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□健康保険証　□その他（　　）