様式１（表）

丹波市予防接種カード交付申請書（新規・再発行）

申請日：令和　　年　　月　　日

丹波市長　林　時彦　様

下記の（1）～（4）に同意のうえ、丹波市予防接種カードの交付を申請いたします。

（1）本申請における記載内容は、予防接種担当（健康課）と乳幼児健診担当（こども福祉課）で活用します。
（2）転入による新規発行には、数日を要します。
（3）本申請以降、旧カードは使用できません。**見つかった場合は、旧カードはご処分ください。**
（4）窓口にお越しの方の本人確認をいたします。（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等）

Ⓐ **被接種者** ※予防接種を受ける方	ふりがな		男・女	**生年月日**	大正・昭和・平成・令和　年　月　日
	氏　名				
	住　所	丹波市　　電話番号（　　）			

Ⓑ **申請者** ※窓口来所者	◆ 申請者がⒶ欄の被接種者と同じ場合は、Ⓑ欄の記載は不要です。	
	氏　名	続　柄（　　）
	住　所	電話番号（　　）

発　行　理　由	項　　目　（カード種類）	金　額
□　紛失、破損等	□　小児用（女子は高校1年生、男子は中学3年生まで）	300円
	□　高齢者用（65歳以上）	100円
□　転入、名字変更	小児の転入者は**裏面**もご記入ください。	無　料
□60歳以上65歳未満で心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全の機能障害による身体障害者手帳1級所持者	□　高齢者用　＜添付書類＞　**身体障害者手帳の写し**	新規無料 ※再交付 100円

●【カードの送付先】※送付をご希望の場合、いずれかに☑してください。（送付方法：特定記録郵便）

□　Ⓐ被接種者の住所　　□　Ⓑ申請者の住所

□　上記以外　→　住所　〒

氏名　　電話

※確認欄（市処理欄）

受付確認	確認者	交付日・交付カードナンバー
□申請内容確認（□裏面）		交付日：令和　年　月　日
□手数料納付		No.
□窓口申請者の本人確認（マイナンバーカード・運転免許証・保険証等）		□交付台帳記録

予防接種・健診等調べ(小児転入者のカード新規発行用)

予防接種カード発行対象者	フリガナ	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日

(1) 転入されたお子さん(男子は中3まで、女子は高1までの方)で、予防接種カードを新規発行される方はご記入ください。

※下記の未接種者もカード発行可能。各ワクチンの履歴記載必要。
日本脳炎救済措置対象者
(H18.4.2～H19.4.1生まれで、かつ20歳未満)

今まで、定期予防接種を接種したことがありますか？(① か ② に○をつけてください。)

① **接種したことがありません。** (→設問(2)へお進みください)

② **接種したことがあります。** (→下記接種履歴を正確にご記入いただくか母子健康手帳のコピーを添付して下さい。)

予防接種の種類				接種年月日
五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)	1期	初回	1回	年 月 日
			2回	年 月 日
			3回	年 月 日
		追加		年 月 日
四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	1期	初回	1回	年 月 日
			2回	年 月 日
			3回	年 月 日
		追加		年 月 日
三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)	1期	初回	1回	年 月 日
			2回	年 月 日
			3回	年 月 日
		追加		年 月 日
急性灰白髄炎(ポリオ)	1回(生・不)			年 月 日
	2回(生・不)			年 月 日
	3回(不)			年 月 日
	追加(不)			年 月 日

予防接種の種類			接種年月日
ヒブ	初回	1回	年 月 日
		2回	年 月 日
		3回	年 月 日
	追加		年 月 日
小児用肺炎球菌	初回	1回	年 月 日
		2回	年 月 日
		3回	年 月 日
	追加		年 月 日
ロタ(ワクチン種類に○) ① ロタリックス ② ロタテック		1回	年 月 日
		2回	年 月 日
		3回	年 月 日
B型肝炎(ワクチン種類に○) ① ヘプタバックス ② ビームゲン		1回	年 月 日
		2回	年 月 日
		3回	年 月 日
BCG			年 月 日
水痘		1回	年 月 日
		2回	年 月 日

予防接種の種類				接種年月日
麻しん・風しん	1期	麻しん風しん混合		年 月 日
		麻しんのみ		年 月 日
		風しんのみ		年 月 日
	2期	麻しん風しん混合		年 月 日
		麻しんのみ		年 月 日
		風しんのみ		年 月 日
日本脳炎	1期	初回	1回	年 月 日
			2回	年 月 日
		追加		年 月 日
	2期			年 月 日
二種混合				年 月 日
子宮頸がん(ワクチン種類に○) ① シルガード9 ② サーバリックス ③ ガーダシル			1回	年 月 日
			2回	年 月 日
			3回	年 月 日
おたふくかぜ(任意接種)			1回	年 月 日
			2回	年 月 日

(2) 丹波市予防接種専用サイトへメール登録を希望される方はご記入ください。

接種時期の個別通知はありませんので、メールアドレスの登録をお勧めします。登録により丹波市予防接種専用サイトから接種時期や接種忘れをお知らせするメールが届きます。後日テストメールを送信しますので、『@tamba-kenkou. jp』のドメインを受信可能なように設定しておいてください。また、申請書の提出後2週間たってもメールが届かない場合は、迷惑メールボックスに振り分けられている可能性があるため、そちらもご確認ください。 **※ gmail 等は必ず確認が必要です。**

丹波市予防接種専用サイトへの登録を希望するメールアドレス(携帯・パソコンともに登録可能)	
1	@
2	@

【ご注意】『 _ 』(アンダーバー)、『 ― 』(ハイフン)、『 . 』(ドット)、『 ・ 』(中点)、『 0 』(ゼロ)、『 o 』(オー)等は、はっきりわかるようにフリガナもご記入ください。

(3) 小学校1年生までのお子さんのみご回答ください。(母子健康手帳のコピー添付でも可

出生時の状況	身長	cm	体重	g	胸囲	cm	頭囲	cm	週数	週　日
	医療機関名				特記事項					

乳幼児健診	健診名	健診場所	健診日	結果
	3～4か月児健診		年 月 日	健康 ・ 要観察( )
	1歳6か月児健診		年 月 日	健康 ・ 要観察( )
	3歳児健診		年 月 日	健康 ・ 要観察( )

保護者氏名		日中連絡のつく電話番号	

※市記入欄　□履歴登録　□履歴確認　□予防接種カード発行　□メール送信(　　/　　:　　)　□母子保健