予診票交付･再交付申請書　／　予防接種履歴申請書

下記の理由により交付･再交付を申請します。

申請日	令和　　年　　月　　日

下記対象者が申請日現在，未接種であることを確認済です。　☐

【母子保健課で申請した場合】本申請が地域保健課　予防接種･感染症対策室に提供されることに同意のうえ申請します。　☐

予診票が届くまでに日数（10日ほど）がかかることを了承します。　☐

申請者	フリガナ				
	氏　名				
	住　所	〒 高知市　　市外に転出されている場合は，現住所をご記入ください。			
	連絡先	日中に連絡の取れる番号をご記入ください			
	対象者からみた続柄	以下より該当するものを○印してください 本人　　母　　父　　祖母　　祖父　　その他（　　）			
対象者	フリガナ				
	氏　名				
	住　所	申請者と同じ場合は「同上」で可　市外に転出されている場合は，高知市にお住まいであった際の住所をご記入ください。 〒 高知市			
	生年月日	H ・ R　　年　　月　　日	年齢	歳　　か月	
申請理由		☐ 転入　☐ 紛失　☐ 破損・汚損　☐ 予防接種不可 ☐ 接種履歴　☐ 母子健康手帳　☐ その他（　　）			

＝ これより以下は、職員が記載しますので、記入しないでください。 ＝

☐ 兄弟姉妹の確認(20歳未満)

兄弟姉妹がいる場合，申請者欄の記入は1枚目のみでOK

職　員　記　載　欄

予防接種	No.：	受付印（予防接種担当押印）

☐ **母子手帳紛失･手元にない場合，直近2，3か月の接種なし確認，本人確認済**

☐ 転入 ― 転入日：　　.　　.

ﾛｸﾞﾍﾙｽ未反映 ― 届出日　　/

☐ 再転入　　（ 同定処理 ☐ 済 ）

☐ 転入手続済　　（ 再転入の場合同定処理確認 ☐ 済 ）

☐ 出生～　　※同定処理は予防接種以外も確認すること

☐ 窓口受付

☐ 郵送受付

地域保健課　担当
母子保健課　担当

発行職員		備考	

※ 申請者の本人確認書類 （ 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ マイナンバーカード ・ 在留カード ・　　）

入力確認：　☐ 予防接種　　チェック確認：　☐ 予防接種