予防接種券発行受付票

令和　　年　　月　　日

氏　　名（予防接種を受ける人）	生 年 月 日
	平成・令和　　年　　月　　日

接種者住所	〒675-　　電話 加古川市
申請理由	紛失 ・未着 ・転入 ・ その他（　　）
申請者氏名(続柄)	（　　）
申請者住所	〒675-　　電話 加古川市

※下記の再発行が必要な接種券に○をつけてください。

予防接種の種類		再発行が必要な接種券（接種券シールは　サイズ：B4　選択：実際のサイズ）	備　考
ロタウイルス	ﾛﾀﾘｯｸｽ（1 価）	・１回目　・２回目	6週～24週　2回接種
	ﾛﾀﾃｯｸ（５価）	・１回目　・２回目　・３回目	6週～32週　3回接種
B 型肝炎		・１回目　・２回目　・３回目	2～12か月
Hib(ヒブ)		・１回目　・２回目　・３回目　・追加	2～60か月
小児用肺炎球菌		・１回目　・２回目　・３回目　・追加	2～60か月
五種混合 (DPT-IPV-Hib)		・１回目　・２回目　・３回目　・追加	2 か月～90か月
不活化ポリオ		・１回目　・２回目　・３回目　・追加	2 か月～90か月
ＢＣＧ		・ＢＣＧ	3～12か月
麻しん・風疹（ＭＲ）		・１期　・２期　・経過措置（１期・２期）	1期:1～2 歳未満 2 期:就学前 1 年間 **経過措置(～R9.3.31)** **1期:R4.4.2～R5.4.1 生まれ** **2期:H30.4.2～H31.4.1 生まれ**
水痘		・１回目　・２回目	定期:12～36月
日本脳炎		・１期１回目　・１期２回目　・１期追加　・２期	1期:3歳～90か月 2期:9～13歳未満
二種混合（ＤＴ）		・２期（学童は A4 合）	11～13歳未満
HPV（A5 実）		・１回目　・２回目　・３回目	小6～高1女子
RS ウイルス感染症(A4 実)		・出産予定日（　.　.　）分 ※現在妊娠　　週　　日	妊娠 28 週 0 日～妊娠 36 週 6 日 妊娠毎に1回接種
任意助成 おた：2,000 円、三混：4,000 円		・おたふくかぜ（A5 実）　・３種混合（A5 合） ・３種混合特例延長（A5 合）	おたふくかぜ:1歳～4 歳未満 3種混合　就学前1年間 **特例延長(～R9.3.31)※1** **3種混合:H31.4.2～R2.4.1 生まれ**
日本脳炎経過措置		・１期１回目　・１期２回目　・１期追加　・２期	H7.4.2～H19.4.1 生→20 歳未満 （R8 年度末終了）

※母子健康手帳の予防接種の記録を確認します。郵送での申請には出生届出済証明と予防接種の記録のページの写しを同封してください。

※１　令和７年度末に三種混合対象者であった者が対象（R8.４月以降の転入者は対象外）。

－・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　育児保健課使用欄　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

※学童（二種混合・日本脳炎２期）、日脳経過措置は予診票に印字。（サイズ:Ａ４、選択:合わせる）再発行者（　　）

チェック	受付時チェック項目
	★接種状況の確認(必須)　母子健康手帳・接種済証・他市予防接種記録等（　　）
	★接種状況の確認(必須)　システムにて接種歴確認（接種歴の記載がない転入者は照会文書記入要）
	外国での接種以外で、接種歴が確認できない場合承諾書記入
	住民票の確認
	接種券の記載内容・種類の確認、用紙とワクチン種別の確認（予診票右上、助成券右下）、「再発行」を押印、助成金額
	システムの発送登録に「発送対象」「発送日」「発送理由」を入力、ダブルチェックは個人台帳→住民管理→発送状況で
	申請者が本人・保護者でない場合、委任状と本人確認書類の確認

R8.4.1 改定版