

宮古市定期予防接種受診券交付申請書

宮古市長 あて

申請者 住所
氏名
続柄
電話番号

宮古市定期予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり定期接種を受けたいので、宮古市定期予防接種受診券の交付を申請します。

記

申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が宮古市外にいる。 <input type="checkbox"/> 母親の出産や里帰り、施設入所等の理由により、宮古市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
被接種者	氏名		生年月日 年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 〒 宮古市	
保護者氏名			
書類の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の住所以外（次の欄を記入してください）		
	住所	〒	
	氏名		電話番号
希望する定期接種の種類 ※□にレ点をつけ、【 】の該当する項目を○で囲んでください。	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎（ポリオ）混合 DPT-IPV（四種混合） 【 1期初回1回目・2回目・3回目・追加 】		
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブ・（ポリオ）混合 DPT-IPV-Hib（五種混合） 【 1期初回1回目・2回目・3回目・追加 】		
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風混合 DT 2期		
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎（不活化ポリオ）IPV 【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】		
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 MR 【 1期・2期】		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 【 1期初回1回目・2回目・1期追加・2期】		
	<input type="checkbox"/> 結核（BCG）		
	<input type="checkbox"/> Hib（ヒブ）感染症 【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】		
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症（小児） 【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】		
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）HPV 【 1回目・2回目・3回目 】		
	<input type="checkbox"/> 水痘 【 1回目・2回目 】		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 【 1回目・2回目・3回目 】		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 【 1回目・2回目・3回目 】		
接種予定医療機関	名称		電話番号
	住所	〒	

宮古市記入欄

	岩手県広域パスポート		受診券（委託医療機関以外）
--	------------	--	---------------

記入例

年 月 日

宮古市定期予防接種受診券交付申請書

宮古市長 あて

日付は記入しないでください。

該当する欄にレ点または記入

申請者 住所 宮古市宮町1丁目1-30
氏名 宮古 健康
続柄 父
電話番号 0193-62-2011

宮古市定期予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり定期接種を受けたいので、宮古市定期予防接種受診券の交付を申請します。

記

申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が宮古市外にいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 母親の出産や里帰り、施設入所等の理由により、宮古市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
被接種者	氏名	宮古 大洋	生年月日	R2年3月20日生
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 〒027- 宮古市		
保護者氏名	宮古 健康			
書類の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所以外 (次の欄を記入してください)			
	住所	〒020-0101 盛岡市〇〇町〇番〇号		
	氏名	宮古 花子	電話番号	
希望する定期接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎 (ポリオ) 混合 DPT-IPV (四種混合) <input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブ・(ポリオ) 混合 DPT-IPV-Hib (五種混合) <input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風混合 DT 2期 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 (不活化ポリオ) IPV <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 MR <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input checked="" type="checkbox"/> 結核 (BCG) <input checked="" type="checkbox"/> Hib (ヒブ) 感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 (小児) <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん) HPV <input type="checkbox"/> 水痘 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症			
接種予定医療機関	名称	〇〇小児科クリニック	電話番号	019-〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	〒020-0000 盛岡市〇〇町〇番〇号		

宮古市記入欄

岩手県広域パスポート	受診券 (委託医療機関以外)
------------	----------------