

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				
被接種者	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に同じ 〒 宮古市		
保護者氏名				
書類の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に同じ <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  ※ <input type="checkbox"/> 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・（ポリオ）・ヒブ混合 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 2期			
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎（不活化ポリオ） 【 初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】			
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 【 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"/> H i b（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） 【 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		〒		