

## 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
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"/> 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】		
※□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）・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（不活性ポリオ） 【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		〒	