

定期予防接種受診届

年 月 日

西 都 市 長 様

申請者の住所 西都市

申請者の氏名

(被接種者との関係：)

西都市定期予防接種費の助成金に関する要綱第 4 条の規定に基づき届け出ます。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
被接種者氏名					(歳 か月)
住 所	〒 ー 西都市				
居 所 (里帰り先等)	〒 ー (様方)				
電話番号	() ー				
予防接種名	<input type="checkbox"/> 5 種混合 (ジフテリア・百日せき・ポリオ・破傷風・Hib) [1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加]				
	<input type="checkbox"/> 4 種混合 (ジフテリア・百日せき・ポリオ・破傷風) [1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加]				
	<input type="checkbox"/> 3 種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風) [1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加]				
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ [1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加]				
	<input type="checkbox"/> 2 種混合 (ジフテリア・破傷風)				
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 [1 期・2 期]				
	<input type="checkbox"/> 麻しん [1 期・2 期]				
	<input type="checkbox"/> 風しん [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"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> Hib [初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加]				
	<input type="checkbox"/> 子どもの肺炎球菌 [初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加]				
	<input type="checkbox"/> 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 [1 回目・2 回目・3 回目]				
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌				
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (高齢者)				
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ (高齢者)				
	理由	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 [1 回目・2 回目]			
1 里帰り出産 2 疾病 3 その他()					