

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： ) (印)

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"/> 4種混合(ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎・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(急性灰白髄炎) [1期初回(1回目・2回目・3回)・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感染症 [初回(1回目・2回目・3回目)・追加]				
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 [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・2・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"/> ロタリックス [1回目・2回目]				
<input type="checkbox"/> ロタテック [1回目・2回目・3回目]					
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症					
<input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ					
理由	1 里帰り出産 2 疾病 3 その他( )				