

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)					
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 [1回目・2回目]					
理由	1 里帰り出産 2 疾病 3 その他()				