

沖縄県低所得者子育て家庭日常生活支援事業利用申込書

那覇市母子生活支援センター さくら

施設長 當眞 郁子 殿

令和 年 月 日()

利用申込者 _____

沖縄県低所得者子育て家庭日常生活支援事業の利用を下記のとおり申し込みます

児童名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

血液型 _____ 型

かかりつけの病院 _____ TEL _____

利用時間 _____ 午前・午後 _____ 時 から _____ 午前・午後 _____ 時まで

利用理由 _____

緊急時の連絡先 _____

乳幼児健康診査	受診状況・備考
乳児健診(前期) 3～5か月	受 ・ 未
乳児健診(後期) 9～11か月	受 ・ 未
1歳6か月健診 1歳6か月～2歳未満	受 ・ 未
※2歳児歯科検診	受 ・ 未
3歳児健診 3～4歳未満	受 ・ 未

予防接種の種類		接種状況 (年月日)	既にかかった感染症	
BCG				
三種混合 (DPT)	1回目		麻しん(はしか)	歳
	2回目			
	3回目		風しん(三日はしか)	歳
	I期追加			
ポリオ (IPV単独)	1回目		百日咳	歳
	2回目			
四種混合 (DPT・IPV)	1回目		水ぼうそう(水痘)	歳
	2回目			
	3回目		おたふく風邪	歳
	4回目			
MR (麻しん・風しん 混合ワクチン)	1期		その他の予防接種(有・無)	
	2期			
小児用肺炎球菌 (13価)	1回目			
	2回目			
	3回目			
	4回目			
ヒブ (インフルエンザ菌 b型、Hib)	1回目			
	2回目			
	3回目			
	4回目			
水痘 (水ぼうそう)	1回目			
	2回目			
日本脳炎	I期 1回目			
	2回目			
	追加			