

東近江市長 様

申請者 住所  
 氏名 (自署があれば押印不要) 印  
 電話 ( ) -

令和8年度 広域外医療機関における予防接種申請書

標記の件につきまして、下記のとおり申請します。 ※太枠のみ記入してください。

住 所			
被接種者氏名	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日	電 話 番 号	
保護者氏名			
予防接種の 種類	子ども	※ 希望する予防接種及び回数に○で囲むこと。 ・ロタウイルス (ロタリックス RV1) [ 1回目・2回目 ] ・ロタウイルス (ロタテック RV5) [ 1回目・2回目・3回目 ] ・BCG ・水痘 [ 1回目・2回目 ] ・B型肝炎 [ 1回目・2回目・3回目 ] ・小児用肺炎球菌 [ 1回目・2回目・3回目・追加 ] ・五種混合 (DPT-IPV-Hib) [ 1回目・2回目・3回目・追加 ] ・二種混合 (DT) [ 2期 ] ・麻しん風しん混合 [ 1期・2期 ] ・日本脳炎 [ 1回目・2回目・追加・2期 ] ・ヒトパピローマウイルス感染症 (9価) [ 1回目・2回目・3回目 ] ・その他のワクチン ( ) [ 1回目・2回目・3回目・追加 ] ・その他のワクチン ( ) [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]	
	妊婦	・RSウイルスワクチン (接種時に妊娠28週0日から36週6日まで)	
	高齢者	・インフルエンザ (令和8年10月1日から令和8年12月31日まで) ・肺炎球菌感染症 (65歳から66歳誕生日の前日まで) ・新型コロナ (令和8年10月1日から令和9年3月31日まで) ・带状疱疹 (ビケン) ・带状疱疹 (シングリックス) [ 1回目・2回目 ]	
接種を希望 する理由	※ 該当する項目に○で囲むこと。 ( ) 県外にかかりつけの医療機関がある ( ) その他 (理由: )		
希望する 医療機関			

※↓担当部署記入欄

受 付 印	確 認 事 項
上記のとおり申請を 収受しました  (担当者 )	※ 該当する項目に☑し、該当する箇所に記入又は○で囲むこと。 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳確認 <input type="checkbox"/> 健康管理システム (確認済・入力済) <input type="checkbox"/> 交付書類等 ( 予診票・申請書写し・実施方法・請求書・実施報告書 ) <input type="checkbox"/> 接種時の持ち物説明 <input type="checkbox"/> 接種期限の確認 (妊娠28週0日から36週6日まで) ※RSのみ <input type="checkbox"/> 接種期限の確認 (令和 年 月 日) ※RS、インフルエンザ除く <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザの接種期限の確認 (令和8年12月31日)