

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 滋賀県予防接種広域化事業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		保護者氏名	
生年月日	年 月 日	電 話 番 号	
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) ・帯状疱疹 (ビケン) ・帯状疱疹 (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。 () 市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) <input type="checkbox"/> 接種時の持ち物説明書 <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)

※医療機関 様 こちらの申請書写しは、申請があったことをお伝えするためのものです。
接種前に、母子健康手帳などで接種の可否を確認いただきますようお願いいたします。