

令和 年 月 日

東近江市長 様

申請者 住所

氏名 印

(自署があれば押印不要)

電話 () -

令和7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	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（2価・4価・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 〕	
	高齢者	・ インフルエンザ（令和7年10月1日から令和7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7年10月1日から令和8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。 ☐ 母子健康手帳確認 ☐ 健康管理システム（確認済・入力済） ☐ 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 ） ☐ 接種時の持ち物説明済 ☐ 接種期限の確認（令和 年 月 日）※インフルエンザ除く ☐ 高齢者インフルエンザの接種期限の確認（令和7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します。