滋賀県予防接種広域化依頼書交付申請書

令和　　年　　月　　日

米原市長あて

申請者　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

標記の件につきまして、次のとおり、予防接種広域化依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所	□申請者と同じ	滋賀県米原市			
	フリガナ 氏名	□申請者と同じ		生年月日	年　月　日生 （　歳　か月）	
保護者 **※被接種者が16歳未満の場合に記入**	フリガナ 氏名	□申請者と同じ		電話番号	□申請者と同じ	（　） －
	住所	□申請者と同じ				

希望する予防接種 ※該当する予防接種にチェック、接種回数に○をしてください。	□B　型　肝　炎		1回目・2回目・3回目
	□ロタウイルス感染症	ロタリックス	1回目・2回目
		ロタテック	1回目・2回目・3回目
	□B　C　G（結　核）		
	□ヒブワクチン（Hib感染症）		初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	□小児の肺炎球菌感染症		初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	□五　種　混　合		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	□二　種　混　合（DT）		2期
	□麻しん風しん混合（MR）		1期　・2期
	□水　痘		1回目・2回目
	□日　本　脳　炎		1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	□ヒトパピローマウイルス感染症		1回目・2回目・3回目
	□RSウイルス感染症		
	□高齢者の肺炎球菌感染症		
	□帯　状　疱　疹　（□ビケン　□シングリックス筋注用（1回目・2回目））		
	□高齢者インフルエンザ　（□標準量　□高用量）		
	□高齢者新型コロナワクチン		
	□その他（　）		
接種を受ける場所	医療機関名または施設名		

市担当記入欄	確認欄	□ 住民票の確認 □ 接種履歴の確認（母子手帳など） □ 指定医療機関の確認 □ 接種方法の説明 □ 依頼書・予診票・請求書の配布	受付場所	□ 健康づくり課（本庁舎） □ 米原市保健センター（ルッチプラザ）
			確認日	令和　年　月　日
			確認者	