

滋賀県予防接種広域化事業申請書・確認書

令和 年 月 日

栗東市長 竹村 健 様

申請者 住所 : 栗東市
(被接種者) 氏名 :
電話 :

令和7年度 滋賀県予防接種広域化事業での予防接種を申請します。

様

栗東市 健康増進課

令和7年度 滋賀県予防接種広域化事業で申請していただいた予防接種は下記の通りです。
ご確認ください。また、下記の注意事項にご留意ください。

記

予防接種の種類 (複数チェック可)	☐ 高齢者インフルエンザ	☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症
被接種者住所	栗東市	
被接種者氏名		
被接種者生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	
接種予定年月日	(インフル) 令和7年 月 日、(コロナ) 令和 年 月 日	
予防接種 実施医療機関名	インフル	
	コロナ	

<注意事項>

- * 県内の広域化事業協力医療機関等で接種することができます。
- * 接種日までに栗東市から転出される(された)場合には、資格を喪失しますので依頼票は無効になります。
- * 転出後に接種された場合、もしくは依頼票を不正に使用した場合は、予防接種等にかかる費用を、全額自己負担していただきます。
- * なお、依頼票の有効期限は、(インフル) 令和7年12月31日、(コロナ) 令和8年3月31日までとします。

<医療機関受診時の持ち物>

- ① 予防接種予診票 (インフル、コロナ) 【該当の予防接種のみ】
- ② 予防接種依頼票 (様式第2号)
- ③ 予防接種費請求書 (様式第3号)
- ④ 予防接種委託料請求明細書 (インフル、コロナ (様式第4号))、【該当の予防接種のみ】

代筆者

氏名 続柄
電話番号
住所(同居でない場合)
送付先(右記に○) 申請者住所・代筆者住所・入所施設
送付先住所

<問合せ先>

〒520-3015
栗東市安養寺190番地
栗東市総合福祉保健センター内 健康増進課
電話: 077-554-6100
FAX: 077-554-6101