

広島県広域化予防接種券（乳幼児）申請書

年 月 日

東広島市長様

申請者 住所 東広島市  
電話番号 ( ) -  
氏名

続柄

広域化予防接種受託医療機関で予防接種を希望します。

対象者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日生 ( 歳 か月)	性別	男・女
住所	東広島市				
接種希望 医療機関	(医療機関名)	(医療機関名)			
	(所在地) 広島県				

\* 希望する予防接種回数に○印をしてください。

予 防 接 種 名	予防接種回数	標準的接種年齢 (対象年齢)	
ヒブ	初回 ( 1 ・ 2 ・ 3 )	生後2か月～7か月未満 (生後2か月～5歳未満)	
	追加		
小児用肺炎球菌	初回 ( 1 ・ 2 ・ 3 )	生後2か月～7か月未満 (生後2か月～5歳未満)	
	追加		
B型肝炎	( 1 ・ 2 ・ 3 )	生後2か月～9か月未満 (生後2か月～1歳未満)	
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ (4種混合)	1期初回 ( 1 ・ 2 ・ 3 )	生後3か月～12か月未満 (7歳6か月未満)	
	1期追加	1期初回3回終了後1年～1年半後 (7歳6か月未満)	
BCG	1回	生後5か月～8か月未満 (1歳未満)	
麻しん・風しん (MR)	1期	生後12か月～24か月未満	
	2期	5歳以上7歳未満で小学校就学前1年間の者 (4/1～3/31)	
水痘	1回目	1回目：生後12か月～15か月	
	2回目	2回目：1回目終了後6か月～12か月 (生後12か月～36か月未満)	
日本脳炎	1期初回 ( 1 ・ 2 )	3歳 (90か月未満・*1特例対象者)	
日本脳炎	1期追加	4歳 1期初回の2回目が終了して1年後 (90か月未満・*1特例対象者)	
日本脳炎	2期	9歳 (9歳～13歳未満・*1特例対象者)	
ジフテリア・破傷風	2期	11歳 (対象11～13歳未満)	
子宮頸がん	( 1 ・ 2 ・ 3 )	中学1年生女子 (小学6年生～高校1年生女子)	
ロ タ タ	(1価) ロタリックス	1回目 ・ 2回目	注) どちらかのワクチン のみ交付。令和2年8月1 日生まれ以降が対象。
	(5価) ロタテック	1回目・2回目・3回目	

※1 日本脳炎特例対象者：平成12年4月2日～平成21年10月1日生まれで20歳未満の者

◎単独のポリオ・3種混合・麻しん・風しんワクチンを希望される場合はご相談ください。

◎ロタウイルスワクチンは令和2年10月1日接種分から対象になります。

予防接種ID番号 (*市記入欄)	0	5	8							
------------------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

決 裁 欄	所属長	補佐	係長	担当者