

定期予防接種県外実施依頼申請書

令和 年 月 日

守山市長あて

記入時の注意点

申請者

住所

※守山市の住所

氏名

※申請者（保護者）の氏名

本人との続柄（※続柄を記入）

電話番号

※申請者（保護者）の携帯電話

個人情報保護に関する説明を読み、同意した上で、下記のとおり、定期予防接種県外実施依頼申請書の交付を申請します。

被接種者	住所	滋賀県守山市 ※守山市の住所				
	氏名	※お子さまの氏名（男・女）	生年月日	令和 年 月 日生		
	保護者氏名	※保護者の氏名	電話番号	※保護者の電話番号		
	滞在先住所	※ご実家の住所	滞在先世帯主	※ご実家の世帯主名		
滞在先電話番号			※ご実家の連絡先			
希望する 予防接種	※該当する定期予防接種に○をしてください。					
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎		1回目	2回目	3回目	
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> E C G					
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症		【1回目	2回目	3回目】	1期追加
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌感染症		【1回目	2回目	3回目】	1期追加
	<input type="checkbox"/> 四価 ※該当に☑		【1回目	2回目	3回目】	1期追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合		2期			
	<input type="checkbox"/> ポリオ		【1回目	2回目	3回目】	1期追加
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合		1期	2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん		1期	2期		
<input type="checkbox"/> 風しん		1期	2期			
<input type="checkbox"/> 水痘		1回目	2回目			
<input type="checkbox"/> 日本脳炎		1回目	2回目	1期追加	2期	
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症		1回目	2回目	3回目		
予防接種を受ける市町及び医療機関名	(都道府県)	(市町村)	※最長で6か月を迎える日の前日まで			
接種予定日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			
※県内で予防接種を受けられない理由						
<input type="checkbox"/> 里帰りのため <input type="checkbox"/> 児が県外での医療機関管理中のため <input type="checkbox"/> その他 ()						

※上記の予防接種のうち、下線の予防接種で生後6か月未満までに接種されたものは、接種後申請されることで接種費用が助成されます。