

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

申請者 住所：
 氏名： 被接種者との続柄（ ）
 電話番号：

※申請者本人確認（市担当課記入欄）：
運転免許証 マイナンバーカード その他（ ）

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			
	氏名	(男・女)	生年月日	令和 年 月 日生	
	保護者氏名		電話番号		
	滞在先住所		滞在先世帯主		
		滞在先電話番号			
希望する予防接種	<input type="checkbox"/> B 型 肝 炎 (※)		<u>1回目</u>	<u>2回目</u>	<u>3回目</u>
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症(※)	ロタリックス	<u>1回目</u>	<u>2回目</u>	
		ロタテック	<u>1回目</u>	<u>2回目</u>	<u>3回目</u>
	<input type="checkbox"/> B <u> </u> C <u> </u> 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"/> 小児の肺炎球菌感染症(※)		【1回目 2回目 3回目】	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合(※)		【1回目 2回目 3回目】	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合		【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"/> 麻しん風しん混合		1期	2期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん <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
<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	
<input type="checkbox"/> その他（ ）		1回目	2回目	3回目	
予防接種を受ける市区町村及び医療機関		都道府県		市区町村	医療機関名
	医療機関所在地				
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。

予防接種にかかる個人情報の取扱いについて（説明書）

守山市では、みなさまのプライバシー（権利擁護）を守るため、個人情報の保護に関する法律等に基づき、個人情報の取扱いおよび管理等を行っております。

つきましては、次の内容をご一読いただき、同意していただいた上で「定期予防接種県外実施依頼申請書」にご記入いただきますよう、お願いいたします。

1. 「定期予防接種県外実施依頼申請書」を提出いただきますと、守山市から依頼先の市区町村へ依頼書等を作成いたします。
2. 「定期予防接種県外実施依頼申請書」と各種予防接種の予診票は守山市が保管いたします。

なお、みなさまの大切な個人情報の取り扱いにつきましては、「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」、「守山市個人情報の保護に関する法律施行条例」等の規定に基づき、適切に個人情報を管理します。