

定期予防接種県外実施依頼申請書

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	年 月 日生	
	保護者氏名 (被接種者が16歳以上は不要)		電話番号		
	滞在先住所		滞在先世帯主		
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	【 <u>1回目</u> <u>2回目</u> <u>3回目</u> 】			1期追加
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症(※)	【 <u>1回目</u> <u>2回目</u> <u>3回目</u> 】			1期追加
	<input type="checkbox"/> 五種混合(※)	【 <u>1回目</u> <u>2回目</u> <u>3回目</u> 】			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 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	
<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。