

【記入の注意点】

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： **※守山市の住所**
 氏名： **※申請者（保護者）の氏名** 被接種者との続柄（**※続柄**）
 電話番号： **※申請者（保護者）の携帯電話**

※記入不要

※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 ※守山市の住所			
	氏名	※お子さまの氏名 （男・女）	生年月日	年 月 日生	
	保護者氏名 <small>（被接種者が16歳以上は不要）</small>	※保護者の氏名 <small>（被接種者が16歳以上は不要）</small>	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 滞在先電話番号	※ご実家の世帯主名 ※ご実家の連絡先	
希望する予防接種	<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"/> B 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（※）	※該当に <input checked="" type="checkbox"/>	【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"/> 麻しん風しん混合		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"/> ヒト免疫不全ウイルス感染症		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	※最長で6か月を迎える日の前日まで		
接種予定日	※該当に <input checked="" type="checkbox"/> 所在地				
県内で予防接種を受けられない理由：	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	<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。