

守山市長あて

申請者 住所：守山市●●町××番地

氏名：守山 太郎

被接種者との続柄：夫

電話番号：090-××××-〇〇〇〇

申請者と同じ場合は
チェック

個人情報保護にの说明を読み、同意した上で、下記の医療機関の
で申請します。

住民登録されている住
所を記入してください。

| | | | | | |
|--------------------------|------|---------------------------------|---------------|---------------------------------|-----------|
| 被接種者 | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 滋賀県守山市●●町××番地 | | |
| | フリガナ | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | もりやま はなこ | | |
| 保護者 ※被接種者が16歳未満の場合に記入 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 守山 花子 | 月 | 日生 か月) |
| 希望する 予防接種 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | () - |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | |

接種する本人の
名前・生年月日等を記入し
てください。

| | | | | | |
|--------------|---|--------|-----|------|------|
| 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 | 【1回目 | 2回目 | 3回目】 | 1期追加 |
| | <input type="checkbox"/> 二種混合(DT) | 2期 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR) | 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 | 2回目 | |
| | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 | | | | |

希望される予防接種にチェック

※注意

- 高齢者の肺炎球菌感染症→65歳のみ対象
- 帯状疱疹→令和8年度内に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳となる人
- インフルエンザ・新型コロナワクチン→65歳以上が対象

| | |
|----------|-------------|
| 接種を受ける場所 | 医療機関名または施設名 |
|----------|-------------|

接種を受ける医療機関・施設が「滋賀県予防接種広域化事業」を実施しているかを、医療機関・施設またはすこやか生活課に確認してから記入。

| | |
|--|--|
| (担当課確認欄) | |
| 確認相手方 | 確認方法 |
| <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 申 | ※ こちらの箇所は記入しないでください。 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 実施場所の広域化事業参加の有無 |

滋賀県予防接種広域化事業にかかる個人情報の取り扱いについて

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「滋賀県予防接種広域化事業申請書」にご記入いただきますよう、お願いいたします。

「滋賀県予防接種広域化事業申請書」は守山市が保管します。

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。