

滋賀県予防接種広域化事業申請書

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：

個人情報保護に関する説明を読み、同意した上で、下記の医療機関において予防接種を受けたいので申請します。

被接種者	住所	☐ 申請者と同じ	滋賀県守山市			
	フリガナ	☐ 申請者と同じ		生年 月 日	年 月 日生 (歳 か月)	
	氏名					
保護者 ※被接種者が16歳未満の場合に記入	フリガナ	☐ 申請者と同じ		電話番号	☐ 申請者と同じ	() -
	氏名					
	住所	☐ 申請者と同じ				
希望する 予防接種 ※該当する予防接種にチェックを、接種回数に○をしてください。	☐ B 型 肝 炎		1 回目	2 回目	3 回目	
	☐ 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	
	☐ B C G					
	☐ ヒ ブ 感 染 症		【 1 回目	2 回目	3 回目】	1 期追加
	☐ 小児の肺炎球菌感染症		【 1 回目	2 回目	3 回目】	1 期追加
	☐ 五 種 混 合		【 1 回目	2 回目	3 回目】	1 期追加
	☐ 二 種 混 合 (D T)		2 期			
	☐ 麻 し ん 風 し ん 混 合 (M R)		1 期 2 期			
	☐ 水 痘		1 回目	2 回目		
	☐ 日 本 脳 炎		1 回目	2 回目	1 期追加	2 期
	☐ ヒトパピローマウイルス感染症		1 回目	2 回目	3 回目	
	☐ R S ウイルス感染症					
	☐ 高齢者の肺炎球菌感染症					
	☐ 帯状疱疹 (☐ ビケン ☐ シングリックス筋注用 (1 回目 ・ 2 回目))					
	☐ 高齢者インフルエンザ					
	☐ 高齢者新型コロナワクチン					
	☐ その他 ()					
接種を受ける場所	医療機関名または施設名					

(担当課確認欄)

確認相手方	確認方法	確認事項	受付者
☐ 本人 ☐ 申請者	☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険資格確認書 ☐ 運転免許証 ☐ その他 ()	☐ 住民票の有無 ☐ 年齢 ☐ 予防接種歴 ☐ 実施場所の広域化事業参画の有無	

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。