

見 本

滋賀県予防接種広域化事業申請書

令和〇年××月××日

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

個人情報保護に関する説明を読み、同意した上で、下記の医療機関
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	☐ 申請者と同じ	滋賀県守山市				
	フリガナ		もりやま はなこ				
	氏名	☐ 申請者と同じ	守山 花子		月	日生 か月)	
保護者 ※被接種 者が16歳 未満の場 合に記入	フリガナ						
	氏名	☐ 申請者と同じ			電話番号	☐ 申請者と同じ	
	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 2 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)						
	☐ 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						
☐ 本 ☐ 申	※ こちらの箇所は記入しないでください。						
☐ その他 () ☐ 実施場所の広域化事業参画の有無							

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。

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。