

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、下記の医療機関において予防接種を受けたいので申請します。

住民登録されている住所を記入してください。

接種する本人の
名前・生年月日等を記入
してください。

被接種者	住所	☒ 申請者と同じ				
	フリガナ	☐ 申請者と同じ	もりやま はなこ			
	氏名	☐ 申請者と同じ	守山 花子			
	フリガナ	☐ 申請者と同じ				
保護者 ※被接種者が16歳未満の場合に記入	氏名	☐ 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、接種回数に〇をしてください。	☐ 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	☐ 四 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			
	☐ 日 本 脳 炎		1 回目			
	☐ ヒトパピローマウイルス感染症		1 回目			
	☐ 高齢者の肺炎球菌感染症					
	接種を受ける場所 (担当課確認欄)	医療機関名または施設名				

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7年度内に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳以上となる人
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。

※ こちらの箇所は記入しないでください。

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。