

下記を参考に、申込書を御記入のうえ、御返送下さい（FAX可）。
後日、予防接種予診票を郵送いたします。

連絡・送付先：〒862-0971 熊本市中央区大江5丁目1番1号
熊本市保健所 感染症対策課 予防接種班
電話番号：(096) 364-3189 FAX番号：(096) 371-5172

【記入例】

予防接種広域化予診票発行申請書

(インフルエンザ・成人用肺炎球菌)

平成 年 月 日

熊本市長 様

市外の下記の医療機関において予防接種を受けたいので、予診票の発行を申請します。

申請者氏名 (接種を受ける人)	ふりがな くまもと いちろう
	氏名 熊本 一郎
	代理署名の場合 代筆者氏名 続柄
申請者住民登録地 (住民票があるところ)	〒 862 - 〇〇45 熊本市 中央 区 〇〇町1丁目1-1
電話番号(連絡先)	096 - 123 - 4567 ()
生年月日	明治・大正・昭和 10 年 10 月 × 日 ※障害者手帳1級相当の心臓、腎臓、呼吸器の機能の障がい及びHIVにより対象者に該当する場合は、申請書に障害者手帳のコピーを添付し、希望する予防接種にチェックを入れる
希望予防接種名	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌
接種希望市町村 接種希望医療機関名	市 (医療機関名) 八代 町 ○×クリニック 予診票の送付先を指定してください。上記の住民票の住所に送付希望の場合は、記載不要です。
送付先(住民登録地と異なる場合のみ記載)	〒 861 - 〇〇45 八代市〇〇町1丁目1-1 高齢者施設△△ 電話 (090 - 1234 - 5678)
熊本市で接種できない理由	1. かかりつけ医での接種 2. 施設入所 3. その他 ()
自己負担免除申請	1. 申請する 2. 申請しない(裏面の記載は不要です)

生活保護世帯や、非課税世帯の方(住民票上の世帯の方全員が市民税非課税)の場合、自己負担額(インフルエンザ1,500円、成人用肺炎球菌4,600円)が免除されます。自己負担の免除を希望される場合は、申請書裏面の「課税状況等確認同意書」にも記載が必要です。