

下記を参考に、申請書をご記入のうえ、ご郵送下さい。

後日、予防接種依頼書を発行いたします。

なお、予防接種依頼書の有効期限は、交付日から3ヶ月以内です。それまでに予防接種を済ませてください。

予防接種依頼先の自治体によっては、接種費用が無料になる場合があります。依頼先（接種希望医療機関の所在地）の自治体に必ず確認してください。その際、依頼書の宛名も確認してください。

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 感染症予防課 予防接種班  
電話番号：(096) 364-3189 FAX 番号：(096) 371-5172

【記入例】

熊本市予防接種依頼申請書

年 月 日

熊本市長 あて

申請者 住所 熊本市〇〇〇 →住民票の住所  
(保護者)

氏名 熊本 良子

連絡先

3ヶ月以内に接種するものを  
☑してください。

次のとおり熊本市が実施する予防接種法に基づく予防接種を他市町村で受けたい旨の発行を申請します。

日中連絡の取れる  
番号を記入

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 被<br>接<br>種<br>者<br><br>(予防接種を受ける人)                | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 熊本市中央区九品寺1丁目13-16             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                    | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | くまもと はなこ                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                    | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 熊 本 花 子                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                    | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 明治・大正・昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 予<br>防<br>接<br>種<br>の<br>種<br>類<br><br>(交付希望のものに☑) | <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎<br><input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br><input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症<br>(ロタリックス)<br><input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目<br><input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症<br>(ロタテック)<br><input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br><input type="checkbox"/> ヒブ感染症初回<br><input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br><input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加<br><input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症初回<br><input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br><input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 |                               | <input type="checkbox"/> BCG<br><input type="checkbox"/> 四種混合1期初回<br><input type="checkbox"/> 四種混合1期追加<br><input checked="" type="checkbox"/> 五種混合1期初回<br><input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br><input type="checkbox"/> 五種混合1期追加<br><input type="checkbox"/> 二種混合2期<br><input type="checkbox"/> 麻しん・風しん1期<br><input type="checkbox"/> 麻しん・風しん2期 |  |
|                                                    | <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症1期初回<br><input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症1期追加<br><input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症2期初回<br><input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症2期追加                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               | <input type="checkbox"/> 水痘<br><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加<br>ヒトパピローマウイルス感染症<br>(子宮頸がん)<br><input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br><input type="checkbox"/> 高齢者用インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌                                                                                                                                 |  |
|                                                    | 接種希望医療機関等の名称・所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               | 名称 〇〇病院 (電話 123-456-7890)<br>所在地 〇〇市〇〇1丁目1-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                    | 滞在先住所<br>(郵送先)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇-〇〇<br>( 〇〇 様方) 電話 (011-111-1111)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 熊本市で接種できない理由                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 里帰り出産により実家に長期滞在のため            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 依頼書の宛名                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 依頼する市町村長名 ・ 接種医療機関名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

ふりがなを忘れずに

ロタウイルスワクチンを希望される場合は、接種希望医療機関にワクチンの種類を確認のうえ、いずれかに☑してください。

正式名称で記入

接種希望医療機関の所在地の市町村の予防接種担当課に確認して、必ずどちらかを○で囲んでください。