

下記を参考に、申請書を御記入のうえ、御返送下さい。

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 感染症対策課 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ますので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	住 所	<u>熊本市中央区九品寺1丁目13-16</u>
	ふりがな	<u>くまもと はなこ</u>
	氏 名	<u>熊本花子</u>
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・ <u>令和</u> 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

ふりがなを忘れずに

予 防 接 種 の 種 類 (交付希望のものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタリックス) <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタテック) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> ヒブ感染症初回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加 <input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症初回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加	<input type="checkbox"/> 四種混合1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん1期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期	<input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 高齢者用インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> その他
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ロタウイルスワクチンは令和2年8月1日以降に生まれた方が対象です。希望される場合はワクチンの種類と回数をチェックしてください。

接種希望医療機関等の名称・所在地	名称	<u>〇〇病院</u> (電話 <u>123-456-7890</u>)
	所在地	<u>〇〇市〇〇1丁目1-10</u>

正式名称で分かれれば電話番号も

滞在先住所 (郵送先)	〒 <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> <u>〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇-〇〇</u> (<u>〇〇</u> 様方) 電話 (<u>011-111-1111</u>)
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

接種希望医療機関がある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

熊本市で接種できない理由	<u>里帰り出産により実家に長期滞在のため</u>
依頼書の宛名	依頼する市町村長名 ・ <u>接種医療機関名</u>