

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、高齢者の肺炎球菌感染症が交付日から3ヶ月以内(年度内に限る)、インフルエンザが交付日(10月1日以降)から1月31日までですので、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

住民票の住所

年 月 日

熊本市長 あて

申請者(保護者) 住所 熊本市〇〇〇

申請者は、接種を受ける人と同一になります。

氏名 熊本花子(被接種者)  
連絡先

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。書の発行を申請します。

日中連絡の取れる番号を記入

被接種者 (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				
予防接種の種類 (交付希望のものに☑)	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタリックス) <input type="checkbox"/> 1回目 <input 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 type="checkbox"/> ヒブ感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input 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"/> ヒトパピローマウイルス感染症 <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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	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)			
		所在地	〇〇市〇〇1丁目1-10			
	滞在先住所(郵送先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇-〇〇 ( 〇〇 様方) 電話 (011-111-1111)				
熊本市で接種できない理由	施設入所中のため又は入院中のため等					
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

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。