

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】

熊本県広域化予防接種申込書

(インフルエンザ・成人用肺炎球菌)

令和 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による免疫機能の障がい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てください。
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 〇×クリニック
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)

希望する予防接種にチェックを入れる

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。

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。

【自己負担の免除を希望する場合のみ記載】

課税状況等確認同意書

令和 年 月 日

熊本市長 様

予防接種自己負担免除対象者であることの確認のため、熊本市が住民基本台帳に基づく世帯全員の課税状況等について、確認に必要な範囲で個人情報を調査することに同意します。

接種を受ける方（申請者）	ふりがな		
	氏名		
	住所 熊本市	区	
	代理署名の場合 代筆者氏名	続柄	

◎免除対象者用予診票は、原則として郵送で交付します。感染症対策課の窓口のみ即日交付ができませんが、親族以外の代理人が予診票を当日受領される場合は委任状が必要です。また、当日受領の場合は、身分証明書の提示が必要です。

※市民税の賦課期日（前年度の1月1日）に、熊本市以外の市町村にお住まいだった方は、本市で課税状況を確認できません。1月2日以降に熊本市へ転入された方が世帯内におられる場合は、転入された方全ての1月1日時点での住所地の市町村民税課税証明書が必要になりますので、申請書に添付して提出してください。

窓口交付の場合のみ

窓口に来られた方 （代理人） <郵送申請や 本人交付の場合は 記入不要>	住所	電話（ - - ）		
	氏名	ふりがな	申請者との 続柄	

本人確認
住 保 免 さ 学 職 社 身 聴（内容 ）