

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1年以内(1年以内に66歳の誕生日を迎える場合は誕生日の前日まで)、帯状疱疹が交付日から3月31日まで、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、新型コロナウイルス感染症が交付日(10月1日以降)から3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 感染症予防課 予防接種班
電話番号：(096) 364-3189 FAX番号：(096) 371-5172
メール：kansenshouyobou@city.kumamoto.lg.jp

熊本市予防接種依頼申請書

住民票の住所

年 月 日

申請者は、接種を受ける人と同一になります。

申請者 住 所 熊本市〇〇〇

(保護者)

氏名 熊本花子(被接種者)
連絡先

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	性別	男・女
	氏 名	熊本花子		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 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 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"/> 五種混合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"/> 日本脳炎1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期
	<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 四種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 三種混合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"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加
	<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"/> 三種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> ポリオ初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<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"/> ヒブ感染症追加		<input type="checkbox"/> ポリオ追加 <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"/> 新型コロナウイルス感染症
	<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"/> 麻しん・風しん5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"/> 帯状疱疹(生ワクチン) <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹(組換えワクチン) <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 <input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> BCG			

接種希望医療機関等の名称・所在地	名称 ○○病院 (電話 123-456-7890)
	所在地 ○○市○○1丁目1-10

正式名称で記入

滞在先住所 (郵送先)	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○○丁目○-○○ (○○ 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
--------	-------------------

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。