

下記を参考に、申請書をご記入のうえ、下記送付先までご送付下さい。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1年（子宮頸がんワクチンの経過措置については令和8年3月31日まで）です。それまでに接種するものについて申請してください。

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

年 月 日

熊本市長あて

接種するものを☑してください。

接種時期・接種間隔は、市HP内
「熊本市内での子どもの予防接種
の受け方」をご参照ください。

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

・被接種者が成人済（18歳以上）の場合は被接種者本人の名前を記入
・日中連絡の取れる電話番号を記入

接種者 る	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 ふりがなを忘れずに	男・女
	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 checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 五種混合1期初回	<input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回
	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタリックス)	<input type="checkbox"/> 五種混合1期追加	<input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加
	<input checked="" 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"/> 日本脳炎2期
	<input type="checkbox"/> (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"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん)
	<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"/> 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"/> 三種混合1期初回	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加	<input type="checkbox"/> 三種混合1期追加	<input type="checkbox"/> 高齢者用インフルエンザ
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症初回	<input type="checkbox"/> 二種混合2期	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症
<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> ポリオ初回	<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追加	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹（生ワクチン）	
<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ポリオ追加	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹（組換えワクチン）	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん1期	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん5期		

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

正式名称で記入

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	里帰り出産により実家に長期滞在のため
------------------	--------------------

依頼書の宛名	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。
--------	---