様式第２号（第１０条関係）

熊本市予防接種依頼申請書

年　　月　　日

熊　本　市　長　（宛）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　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 | 熊本市 |
| ふりがな |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 予防接種の種類 | （交付希望のものに☑） | □Ｂ型肝炎□１回目 □２回目 □３回目□ロタウイルス感染症（ロタリックス）□１回目 □２回目□ロタウイルス感染症（ロタテック）□１回目 □２回目 □３回目□ヒブ感染症初回□１回目 □２回目 □３回目□ヒブ感染症追加□小児の肺炎球菌感染症初回□１回目 □２回目 □３回目□小児の肺炎球菌感染症追加 | □ＢＣＧ□五種混合１期初回□１回目 □２回目 □３回目□五種混合１期追加□四種混合１期初回□１回目 □２回目 □３回目□四種混合１期追加□二種混合２期□麻しん・風しん１期□麻しん・風しん２期□麻しん・風しん５期□日本脳炎１期初回□１回目 □２回目  | □日本脳炎１期追加□日本脳炎２期□ヒトパピローマウイルス感染症□１回目 □２回目 □３回目□水痘□初回　 □追加□高齢者用インフルエンザ□高齢者の肺炎球菌感染症□新型コロナウイルス感染症□帯状疱疹（生ワクチン）□帯状疱疹（組換えワクチン）□１回目 □２回目 |
| 接種希望医療機関等の名称・所在地 | 名称 |
| 所在地 |
| 滞在先住所 | 〒 |
| 郵送先 | 〒　　　　　（　　　　　　様方）　　電話（　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 熊本市で接種できない理由 |  |
| 依頼書の宛名 | 依頼する市町村長名　・　接種医療機関名 |