

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
「熊本市内でのこどもの予防接種
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

住所 熊本市中央区九品寺1丁目13-16

ふりがな くもと はなこ

氏名 熊本花子

ふりがなを忘れずに

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

☒ 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
☐ 带状疱疹（生ワクチン）
☐ 带状疱疹（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 〇〇病院（電話 123-456-7890）

所在地 〇〇市〇〇1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

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。