

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

年 月 日

熊 本 市 長 (宛)

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

(※18歳未満の場合は保護者名)

電話番号 _____

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	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 熊本市 中央・東 区 西・南・北		
	ふりがな			
	氏 名			性 別 男 ・ 女
	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 ☑)	<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"/> 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 (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"/> ヒブ感染症追加 <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"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 <input type="checkbox"/> BCG		<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"/> 五種混合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"/> 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"/> 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"/> 日本脳炎1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2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"/> 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"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹(生ワクチン) <input type="checkbox"/> 带状疱疹(組換えワクチン) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 通常用量 <input type="checkbox"/> 高用量(75歳以上) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
接種希望医療機関 (所在地/医療機関名)	市 町 村	(医療機関名)		
滞在先住所	〒 _____			
郵送先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 (_____ 様方) <input type="checkbox"/> その他 〒 _____			
熊本市で接種 できない理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 入院・施設入所 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
依頼書の宛名※	<input type="checkbox"/> 依頼する市町村長名 <input type="checkbox"/> 接種医療機関長名		滞在予定期間(目安) 年 月 ・ 未定	

※依頼書の宛名が不明の場合は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ご確認ください