

熊本市予防接種依頼申請書

熊本市長（宛）

年 月 日

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 ☐ 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			
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		