

定期接種依頼申請書

令和 年 月 日

(あて先)八代市長

申請者 (申請書を記入する人)	住所	〒		
		電話()		
※被接種者が未成年 の場合は保護者	氏名	フリガナ	被接種者 との関係	

下記の理由により、定期接種依頼書の交付を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	住所	〒		
		電話()		
※住所・氏名は申請者 と異なる場合のみ記入	氏名	フリガナ	生年 月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)
接種希望 医療機関等	住所	〒		
	名称	電話()		
申請理由 (いずれかに○)	1. 保護者が妊娠、出産、疾病等やむを得ない理由により、一時帰省しているため 2. 指定医療機関以外への長期入院、通院又は施設への入所のため 入院・入所先が、接種希望医療機関等と異なる場合、名称記入() 3. その他()			
滞在先住所	〒 様方 電話()			
滞在期間	年 月 日 から 年 月 日 まで ※ 依頼書は滞在中のみ有効 ※ ただし、高齢者のインフルエンザは 12 月 31 日まで、高齢者の肺炎球菌感染症は 3 月 31 日までに限る			
希望する予防接種 の種類 (依頼書の有効期限内 に接種予定の予防接 種名全てに○ 回数・期等がある場合 はその箇所も○)	1. ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)	8. 麻しん風しん (第1期・第2期)		
	2. B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	9. 水痘 (1回目・2回目)		
	3. ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)	10. 日本脳炎第1期 (1回目・2回目・追加)		
	4. 小児の肺炎球菌感染症 (1回目・2回目・3回目・追加)	11. 日本脳炎第2期		
	5. 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)	12. ヒトパピローマウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目)		
	6. 四種混合・三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)	13. 二種混合		
	7. BCG			
	14. 高齢者のインフルエンザ (本人接種意思 : 有・無) ※本人接種意思が無ければ接種不可			
	15. 高齢者の肺炎球菌感染症 (本人接種意思 : 有・無) ※本人接種意思が無ければ接種不可 (ニューモバックス NP 接種歴 : 有・無) ※接種歴があれば接種不可			

■ 申請書提出先及び問合せ先

八代市健康推進課 〒866-8601 熊本県八代市松江城町 1-25 ☎0965-33-5116

【八代市記入欄】 60～64歳被接種者確認 身体障害者手帳1級 有・無 (身体障害者1級相当、要 診断書等)
 心臓 ・ 腎臓 ・ 呼吸器 ・ ヒト免疫不全ウイルス