

定期接種依頼申請書

(あて先)八代市長 令和 年 月 日

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	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)																						
接種希望 医療機関等	住所	〒 電話()																								
	名称																									
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. 指定医療機関以外の医療機関への長期入院、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 ※ 依頼書は滞在期間中のみ有効																									
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○)	<table><tr><td>1. ロタウイルス (1 回目・2 回目・3 回目)</td><td>9. 麻疹風しん (第 1 期・第 2 期)</td></tr><tr><td>2. B 型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目)</td><td>10. 水痘 (1 回目・2 回目)</td></tr><tr><td>3. ヒブ (1 回目・2 回目・3 回目・追加)</td><td>11. 日本脳炎第 1 期 (1 回目・2 回目・追加)</td></tr><tr><td>4. 小児の肺炎球菌感染症 (1 回目・2 回目・3 回目・追加)</td><td>12. 日本脳炎第 2 期</td></tr><tr><td>5. 不活化ポリオ (1 回目・2 回目・3 回目・追加)</td><td>13. ヒトパピローマウイルス感染症 (1 回目・2 回目・3 回目)</td></tr><tr><td>6. 四種混合 (1 回目・2 回目・3 回目・追加)</td><td>14. 二種混合</td></tr><tr><td>7. 五種混合 (1 回目・2 回目・3 回目・追加)</td><td></td></tr><tr><td>8. BCG</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">15. 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</td></tr><tr><td colspan="2">16. 高齢者の肺炎球菌感染症 (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</td></tr><tr><td colspan="2">17. 高齢者の新型コロナウイルス感染症 (本人接種意思 : 有 ・ 無)※本人の接種意思がなければ接種不可</td></tr></table>				1. ロタウイルス (1 回目・2 回目・3 回目)	9. 麻疹風しん (第 1 期・第 2 期)	2. B 型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目)	10. 水痘 (1 回目・2 回目)	3. ヒブ (1 回目・2 回目・3 回目・追加)	11. 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)	12. 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)	13. 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 (1 回目・2 回目・3 回目・追加)	14. 二種混合	7. 五種混合 (1 回目・2 回目・3 回目・追加)		8. BCG		15. 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		16. 高齢者の肺炎球菌感染症 (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		17. 高齢者の新型コロナウイルス感染症 (本人接種意思 : 有 ・ 無)※本人の接種意思がなければ接種不可	
1. ロタウイルス (1 回目・2 回目・3 回目)	9. 麻疹風しん (第 1 期・第 2 期)																									
2. B 型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目)	10. 水痘 (1 回目・2 回目)																									
3. ヒブ (1 回目・2 回目・3 回目・追加)	11. 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)	12. 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)	13. 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 (1 回目・2 回目・3 回目・追加)	14. 二種混合																									
7. 五種混合 (1 回目・2 回目・3 回目・追加)																										
8. BCG																										
15. 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																										
16. 高齢者の肺炎球菌感染症 (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																										
17. 高齢者の新型コロナウイルス感染症 (本人接種意思 : 有 ・ 無)※本人の接種意思がなければ接種不可																										

■ 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