

定期予防接種実施申請書

鹿児島市長 殿

(申請日)令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、下記のとおり規定の接種時期を超えて定期接種を希望するため申請します。接種費用が必要な場合には、自己負担します。

申請者 (申請書を 記入する人)	住所	〒				
	フリガナ 氏名					
	電話番号	(自宅)	—	—	(携帯)	—

被接種者 (接種を受ける人)	住所	〒			
	フリガナ 氏名				
	生年月日・性別	M・T・S・H・R	年	月	日

保護者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じのため、保護者欄の記載省略					
	住所	〒				
	フリガナ 氏名					
	被接種者との続柄					
	電話番号	(自宅)	—	—	(携帯)	—

申請理由 (該当する理由に印をつけて ください。複数選択可)	<input type="checkbox"/> 緊急事態宣言が出されていたため <input type="checkbox"/> 医療機関の受診を控えていたため <input type="checkbox"/> その他( )
--------------------------------------	---

予防接種の種類 (接種を希望する ものすべてに○を つけてください)	B型肝炎(1回目・2回目・3回目) ヒブ { 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 } 小児用肺炎球菌 { 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 } 四種混合(三種混合){ 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 } ポリオ { 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 } 二種混合(第2期) BCG 麻しん風しん混合(第1期・第2期) 水痘(1回目・2回目) 日本脳炎 { 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 } 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目)
	高齢者インフルエンザ 成人用肺炎球菌

「依頼書」送付先住所	1. 申請者住所と同じ 2. その他( )
------------	--------------------------

(問い合わせ先)  
 鹿児島市保健部感染症対策課  
 〒892-8677山下町11-1  
 電話:099-803-7023  
 FAX:099-803-7026