

神戸市 高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種 実施依頼書等交付申請書のご案内

実施依頼書とは？

神戸市外の医療機関で定期予防接種を受ける場合、神戸市から接種を実施する医療機関または市区町村宛てに、予防接種の実施を依頼する書類を作成し、申請者に送付します。この書類のことを実施依頼書と言います。実施依頼書は、予防接種の実施主体が神戸市であり、万が一接種により健康被害が生じた場合は、神戸市が救済措置を行うことを明確にしたものです。

申請前にご確認ください

- ・ 神戸市内の医療機関で接種される方は、申請不要です。**接種後の申請はできません。**
- ・ 接種を希望する医療機関に、実施依頼書等があれば予防接種が可能かどうかを、事前にお問い合わせください。
- ・ 明石市の一部の医療機関では実施依頼書等の発行が不要な場合があります。詳しくは医療機関にお問い合わせください。

申請に関する注意点

- ・ 実施依頼書等の交付は申請受付後、**約2週間かかります**ので日程に余裕をもって申請してください。
- ・ 本人が申請することが原則となりますが、家族、施設・医療機関・介護福祉関係職員が代理で申請される場合は、本人へ接種の希望があることを必ず確認してから、委任を受けて申請してください。
- ・ 公費、自費にかかわらず、過去にニューモバックス NP を接種した方は、定期予防接種の対象外です。
- ・ 実施依頼書等の有効期限は、年度内または66歳の誕生日の前日のいずれか早い日です。

申請方法

交付申請書に必要な事項を記入のうえ、下記の「申請先」に郵送してください。

【申請時必要書類】

- 神戸市 高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種 実施依頼書等交付申請書
- 申請者が代理人、かつ、送付先が接種を受ける方の住民登録住所上以外の場合
- ① 代理人が家族の場合：本人確認書類（氏名・生年月日・住所がわかるもの）
（例）運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）、健康保険証（住所も確認できるもの）等
 - ② 代理人が施設等の職員の場合：施設等の職員であることが分かる書類
（例）職員証、名札、名刺等

※ 代理人が複数名の申請をする場合は、上記申請書に【別紙】を添付してください

【申請期限】

65歳の誕生日の2週間前から66歳の誕生日の2週間前(必着)まで



(電子申請)

申請先

封筒表面に右記のとおり記入するか、右記を切り取って貼っていただくと封筒の宛名としてご使用いただけます。

-----キリトリ線-----

〒650-8526
神戸市中央区伊藤町 111 神戸商工中金ビル 4 階
神戸市行政事務センター 予防接種担当 行
「高齢者定期予防接種実施依頼書等交付申請書在中」

神戸市 高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種 実施依頼書等交付申請書

申請書受領から発送まで約2週間かかります。接種後の申請はできません。
神戸市内の医療機関で接種される方は、申請不要です。

申請日 年 月 日

神戸市長あて

私は、下記のとおり予防接種を受けたいので、実施依頼書または予防接種に関する連絡書の交付を申請します。

申請者		<input type="checkbox"/> 接種を受ける方 <input type="checkbox"/> 代理人	
誓約 <small>申請者が代理人の場合</small>		<input type="checkbox"/> 申請について委任を受けましたが、次のことについて相違ないことを誓約します。 ・この申請は、接種を受ける方(委任者)本人の意思に基づく申請であること。 ・私は、接種を受ける方の意思に基づかず、に正当な権限なく代理申請を行った場合は、法律等により罰せられる場合があることを承知します。 ・この申請に関し、委任者との間に問題が生じた場合は、私が責任をもって解決します。	
接種歴		ニューモバックスNP(23価肺炎球菌ワクチン)を過去に接種したことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 定期接種対象外となり、申し込みできません	
接種を受ける方の情報	(フリガナ)氏名	生年月日	年 月 日
	住民登録住所	〒 -	日中連絡のつく電話番号
神戸市 区		※接種日時時点で神戸市民の方のみ申請できます。	
申請者が代理人の場合	(フリガナ)氏名	接種を受ける方との続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員
	住所	〒 -	日中連絡のつく電話番号
代理人の情報		施設・医療機関・所属機関名	
		*申請者が施設・医療機関・介護福祉関係職員の場合のみ記入	
接種する医療機関	医療機関名		
	住所	〒 -	電話番号
申込理由 <small>*該当するものに☑</small>		<input type="checkbox"/> 市外に長期滞在 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 <input type="checkbox"/> その他()	
送付先 <small>*希望するものに☑</small>		<input type="checkbox"/> 接種を受ける方の住民登録住所 <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所	
		居所の住所	宛名
		〒 -	
添付書類 <small>*該当する場合のみ☑・添付</small>		申請者が代理人、かつ、送付先が「接種を受ける方の住民登録住所」以外の場合、下記の書類の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> (家族の場合)本人確認書類(氏名・生年月日・住所がわかるもの) <input type="checkbox"/> (施設等の職員の場合)施設等の職員であることがわかる書類	

R7.8作成

送付先を必ずご記入ください。

【送付先住所記入欄】神戸市が書類を送付する際に使用します。

<神戸市確認欄>

発行	医療機関コード
	<input type="checkbox"/> 広域 () <input type="checkbox"/> 広域外 ()

住所 〒 -

宛名 様