

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 **2025** 年 **4** 月 **2** 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 checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方		<input type="checkbox"/> 代理人	
誓約 申請者が代理人の場合		<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 checked="" 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	コウベ ハナコ 神戸 花子	生年月日	昭和 35 年 4 月 2 日	
	住民登録住所	〒 658 - 8570 神戸市 中央 区 加納町6丁目5番1号	日中連絡のつく電話番号	078-0000-0000	
申請者が代理人の場合 代理人の情報	(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		
	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	〇〇クリニック			
	住所	〒 100 - 0000	電話番号	03-0000-0000	
医療機関住所		東京都千代田区〇〇〇〇			
申込理由 *該当するものに☑		<input checked="" 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 *希望するものに☑		<input checked="" 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 *該当する場合のみ☑・添付		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	〒 658 - 8570
神戸市中央区加納町6丁目5番1号	
宛名	神戸 花子 様