

# 2025年度 神戸市 高齢者带状疱疹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<br>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。<br>・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。<br>・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。<br>・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                                  |                   | 過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了されましたか？(生ワクチンを1回接種されたことがある、または組換えワクチンを2回接種されたことがありますか？)<br><input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>↳ 過去の接種歴を踏まえ、医師から带状疱疹ワクチンの接種が必要だと言われましたか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒定期接種対象外となり、申し込みできません |                                                                                      |
| 申請する<br>予防接種の種類                      |                   | <input type="checkbox"/> 生ワクチン(ビケン)<br><input type="checkbox"/> 組換えワクチン(シグリック) 1回目 <b>組換えワクチン1回目を接種済みの方は、</b><br><input type="checkbox"/> 組換えワクチン(シグリック) 2回目 <b>⇒組換えワクチン2回目の申請のみ可能です</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 組換えワクチン(シグリック) 1回目+2回目                         |                                                                                      |
| 接種を受ける方の<br>情報                       | (フリガナ)氏名          | コウベ ハナコ<br><b>神戸 花子</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | 生年月日 <b>昭和35</b> 年 <b>4</b> 月 <b>2</b> 日                                             |
|                                      | 住民登録住所            | 〒 <b>658 - 8570</b><br>神戸市 <b>中央</b> 区 <b>加納町6丁目5番1号</b><br>※接種日時時点で神戸市民の方のみ申請できます。                                                                                                                                                                                            | 日中連絡の<br>つく電話番号 <b>078-〇〇〇-〇〇〇〇</b>                                                  |
| 申請者が<br>代理人の<br>場合<br><br>代理人<br>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<br><input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員 |
|                                      | 住所                | 〒 -                                                                                                                                                                                                                                                                            | 日中連絡の<br>つく電話番号                                                                      |
|                                      | 施設・医療機関・<br>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<br>医療機関                         | 医療機関名             | <b>〇〇クリニック</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
|                                      | 住所                | 〒 <b>100 - 〇〇〇〇</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | 電話番号 <b>03-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b><br><b>東京都千代田区〇〇〇〇</b>                                       |
| 申込理由<br>*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<br><input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                           |                                                                                      |
| 送付先<br>*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<br><input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| 添付書類<br>*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。<br><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)<br><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                                                                                                   |                                                                                      |

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 ( )<br><input type="checkbox"/> 広域外 ( ) |

|    |                                                |
|----|------------------------------------------------|
| 住所 | 〒 <b>658 - 8570</b><br><b>神戸市中央区加納町6丁目5番1号</b> |
| 宛名 | <b>神戸 花子</b> 様                                 |