

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		☒ 接種を受ける方 ☐ 代理人	
申請者が代理人の場合、必ず確認 *該当すれば☑		☐ 接種を受ける方に接種を希望する意思を確認し、委任を受け申請します ☒ 接種を受ける方に接種希望の意思を確認していない、または委任を受けていない場合、申請できません。	
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？ ☒ いいえ ☐ 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 ☐ 家族 ☐ 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
申込理由 *該当するものに☑		☒ 市外に長期滞在 ☐ かかりつけ医で接種 ☐ 医療機関に入院 ☐ 高齢者施設等入所 ☐ その他()	
送付先 *希望するものに☑		☒ 接種を受ける方の住民登録住所 ☐ 代理人の住所 ☐ 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。 ☐ (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) ☐ (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
	☐ 広域 () ☐ 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