

神戸市 高齢者定期予防接種 接種券交付申請書

申請日： 令和 年 月 日

神戸市長 あて

下記のとおり申請します。なお、予防接種券の交付にあたっては、予防接種歴情報の照会について同意します。

申請者		<input 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、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。	
交付希望の接種券		<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	
接種歴 (該当すれば☑) ※該当しない場合 申請できません		① 肺炎球菌の予防接種券の交付を希望される場合、以下に回答してください。 <input type="checkbox"/> 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ない。 ② 带状疱疹の予防接種券の交付を希望される場合、以下に回答してください。 <input type="checkbox"/> 過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了していない。または完了した場合でも、医師に带状疱疹ワクチンの接種が必要だと言われた。	
接種を受ける方の情報	フリガナ氏名	生年月日	大正・昭和
	氏名		年 月 日 (歳)
代理人の情報 ※代理人が申請する場合	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員	
	住所	〒 - 神戸市 区 日中の連絡先	
	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	
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 届いていない <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級所持 <input type="checkbox"/> その他 ()	
備考			

(申請上の注意点)
 ・ 申請受付後、概ね2週間程度でご本人の住民登録住所に、ご本人宛送付します。

.....神戸市処理欄.....

【保健課処理欄】

要件	<input type="checkbox"/> 接種券送付者リスト 宛名番号 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級所持 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓・呼吸器・HIV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()	交付	<input type="checkbox"/> 可
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (1回目・2回目・1回目+2回目)		<input type="checkbox"/> 不可

受付印

別紙のとおり送付してよろしいか (No.)

起案日	. .	課長	係長	係
決裁日	. .			
送付日	. .			