

令和5年度 神戸市高齢者肺炎球菌予防接種 実施依頼書等交付申請書

申請受理から発送まで約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 令和 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。

接種歴		23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)を過去に接種したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒定期接種対象外となり、申し込みできません	
申請者 *該当するものに☑		<input type="checkbox"/> 接種者 <input type="checkbox"/> 代理人(氏名 続柄)	
日中連絡のつく 電話番号			
(フリガナ) 接種者			
生年月日		明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日	
住民登録の住所		〒 区 町通 丁目 番 号 神戸市 区 町通 丁目 番 号 ※接種日に神戸市内に住民登録のある方のみ申請できます。	
接種する 医療機関	医療機関名		
	住所	〒 区 町通 丁目 番 号	電話番号
申請理由 *該当するものに☑		<input type="checkbox"/> 市外に長期滞在のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医希望 <input type="checkbox"/> 病院入院 <input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他()	
希望する送付先 *希望するものに☑		<input type="checkbox"/> 住民登録の住所 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関 <input type="checkbox"/> その他(下記にご記入ください)	
希望する送付 先が「その他」 の場合	住所	〒 区 町通 丁目 番 号	
	宛名		

送付先を必ずご記入ください

※返信用封筒を同封していただいた場合は記入不要です

【送付先住所記入欄】神戸市が必要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 〒 区 町通 丁目 番 号

宛名 様