

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 5年 4月 1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 checked="" type="checkbox"/> ない <input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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	078-000-0000		
(フリガナ) 接種者	コウベ ハナコ 神戸 花子		
生年月日	明治 大正 <u>昭和</u>	33 年	4 月 2 日
住民登録の住所	〒 658 - 8570 神戸市 中央 区 加納 <u>町</u> 6 丁目 5 番 1 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	〇〇クリニック	
	住所	〒 100 - 0000	電話番号 03-0000-0000 東京都千代田区〇〇〇
申請理由 *該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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	〒 -	
	宛名		

送付先を必ずご記入ください

【送付先住所記入欄】神戸市が必要書類を送付する際に使用します。

※返信用封筒を同封していただいた場合は記入不要です

<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