

特別の事情による
定期予防接種特例実施申請書

(様式1-3)

申請日 年 月 日

神戸市保健所長 へ

MRワクチンの大幅な供給不足が発生したことにより対象期間にできなかった定期予防接種について、
予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、特例実施をお願いします。

(接種希望者の情報)

氏名	フリガナ	生年月日	昭和	年	月	日
電話番号	-	-				
住民登録の住所	〒	-				
	神戸市					区

(申請者情報)

<input type="checkbox"/> 本人 (接種希望者)
<input type="checkbox"/> 代理人 (氏名:) (電話番号: - -)
(住所: 〒 -)
接種希望者より委任を受け申請していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (→申請できません)

(抗体検査結果) ※抗体検査結果票を見ながら記入してください。(検査票の見方が分からない場合、実施した医療機関に問い合わせてください。)

※抗体検査結果について、実施した医療機関に内容を確認する場合があります。

検査日	平成・令和 年 月 日 ※検査日が令和7年3月31日以前でも、検査結果が令和7年4月1日以降に出た場合は申請できません。
検査方法	HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法・GLIA法・ICA法
抗体価	
単位	希釈倍率・EIA価・国際単位(IU)/ml・抗体価・抗体価AI・IgG陰性
実施医療機関名	

(予防接種を実施する医療機関)

<input type="checkbox"/> 神戸市内の医療機関 医療機関名: 医療機関住所:
<input type="checkbox"/> 神戸市外の医療機関 医療機関名: 医療機関住所:

(書類の送付先)

<input type="checkbox"/> 接種希望者の住民登録の住所と同じ
<input type="checkbox"/> 接種希望者の住民登録の住所と異なる 送付先: 〒 -

(申請に必要な書類)

申請前に、書類がそろっているかご確認ください。書類が一部でも不足する場合、申請できません。

- 特別の事情による定期予防接種特例実施申請書（この申請書）
- 抗体検査結果がわかる書類の写し
- （申請者が代理人で、書類の送付先が接種希望者の住民登録の住所でない場合のみ）代理人の本人確認書類