

あ

令和4年度 高齢者予防接種 実施依頼書等発行申込書

申請日 令和 年 月 日

事前にご確認ください		<ul style="list-style-type: none"> 申請は原則申込者本人になりますが、本人の委任のもと、家族、施設または医療機関から代理で申請をされる場合は、下記代理人欄に必ずご記入ください。 【参考】対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならない。(定期予防接種実施要領) 接種を希望する医療機関に、実施依頼書があれば予防接種が可能かどうかを、事前にお問い合わせください。 実施依頼書の提出方法については、接種先の市町村に確認してください。 明石市の医療機関では実施依頼書の発行が不要な場合があります。詳しくは医療機関にお問い合わせください。 実施医療機関が兵庫県外の場合は、実施依頼書の宛名と提出先を実施医療機関のある市区町村の予防接種担当部署にご確認ください。 	
申請に関する注意点		<ul style="list-style-type: none"> 実施依頼書の発行は申込受付後、約2週間(10~11月は3~4週間)かかります。あらかじめご了承ください。 枠内をきれいに記入し、下記宛てに郵送してください。 送付先 〒650-8526 神戸市中央区伊藤町111神戸商工中金ビル4階 神戸市行政事務センター 予防接種担当宛て 「高齢者予防接種依頼書発行申込書在中」 送付時必要書類 <input type="checkbox"/>神戸市高齢者予防接種実施依頼書等発行申込書(本書) <input type="checkbox"/>書類送付先を記入した返信用封筒(長形3号)※切手の貼付は不要 	
(代理人申請の場合)氏名・続柄		氏名 (続柄)	(代理人申請の場合) 電話番号
接種者		(ふりがな)	生年月日 明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
予防接種の種類 *該当するものに☑		<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌(ニューモバックスNP) ※過去に同じ肺炎球菌予防接種を受けた方は対象外です。
対象者の確認 *該当するものに☑	共通	<input type="checkbox"/> 接種日現在で60~64歳の人で心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の身体障害者手帳1級の人、または同程度の人	
	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 接種日現在で65歳以上の人	
	肺炎球菌 (ニューモバックスNP)	<input type="checkbox"/> 令和4年度中に65、70、75、80、85、90、95、100歳の誕生日を迎える方	
住民登録の住所		〒 - 神戸市 区	電話番号
申込理由 *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()	
滞在先 (入院・入所等) 住民登録と同じ場合は記入不要	入院・入所施設 または世帯主名		
	住所	〒 -	電話番号
接種する医療機関	医療機関名		
	住所	〒 -	電話番号
接種予定日		令和 年 月 日(おおよその日程が分かる場合は記入)	
実施依頼書の宛名		<input type="checkbox"/> 市区町村宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> その他()	
書類の送付先 *希望するものに☑		<input type="checkbox"/> 住民登録の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関 <input type="checkbox"/> その他()	

神戸市長あて
私は、上記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種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。

<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 ()