

## 令和5年度 神戸市高齢者インフルエンザ定期予防接種 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。

|                          |              |   |                   |
|--------------------------|--------------|---|-------------------|
| <b>申請者</b><br>*該当するものに☑  |              | <input type="checkbox"/> 被接種者 <input type="checkbox"/> 代理人（氏名 続柄 ）  |                   |
| <b>日中連絡のつく電話番号</b>       |              |   |                   |
| <b>（フリガナ）接種される方</b>      |              |   |                   |
| <b>生年月日</b>              |              | 明治<br>大正 年 月 日<br>昭和  |                   |
| <b>住民登録の住所</b>           |              | 〒 - 神戸市 区 町通 丁目 番 号<br>※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。  |                   |
| <b>接種する医療機関</b>          | <b>医療機関名</b> |   |                   |
|                          | <b>住所</b>    | 〒 -   | <b>電話番号</b> _____ |
| <b>申請理由</b><br>*該当するものに☑ |              | <input type="checkbox"/> 市外に長期滞在 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                   |
| <b>送付先</b><br>*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）   |                   |
| <b>送付先が「その他」の場合</b>      | <b>住所</b>    | 〒 -   |                   |
|                          | <b>宛名</b>    |   |                   |

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（ ）<br><input type="checkbox"/> 広域外（ ） |

|    |     |
|----|-----|
| 住所 | 〒 - |
| 宛名 | 様   |