

新型コロナウイルス感染症の発生に伴う
定期予防接種（高齢者肺炎球菌）特例実施申請書

申請日 年 月 日

神戸市保健所長 あて

特別の事情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1条の3第2項の規定に基づき、特例実施をお願いします。

申請者氏名	ふりがな (男・女)
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳) ※2019～2023年度の高齢者肺炎球菌予防接種対象者に限ります。 (2023年度の対象者のうち接種日時点で65歳の方を除く)
住民登録の住所	〒 区 町 丁目 番 号 神戸市 電話番号 ()

※ 過去に公費・自費に関わらず接種歴がある人は定期接種対象外となり、費用補助は受けられません。

※ 接種券ハガキが必要です。予防接種対象年度により接種券ハガキの色が異なります。

2019年度（令和元年度）オレンジ色、2020年度（令和2年度）みどり色、

2021年度（令和3年度）むらさき色、2022年度（令和4年度）き色、

2023年度（令和5年度）こん色（接種日時点で65歳の方を除く）

(接種医記入欄)

特別の事情 の内容	(定期接種対象期間内に予防接種が不相当であった医学的理由) <input type="checkbox"/> 接種のための受診による感染症への罹患リスクが、予防接種を延期することによる リスクよりも高いと考えられたため <input type="checkbox"/> その他 ()
医療機関所在地 医療機関名 医師名	

(医療機関の方へ)

接種料の請求については、毎月の予防接種料の請求書に合算して請求し、「高齢者肺炎球菌定期予防接種接種券兼請求券(ハガキ④面)」と本書を併せて送付いただきますようお願いいたします。