

予防接種券交付申請書（転入・再交付）

申請日：令和 年 月 日

神戸市保健所長 あて
下記のとおり申請します。なお、予防接種券の交付にあたっては、予防接種歴情報の照会について同意します。

本人の情報	フリガナ			生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
	氏名				
	接種を受ける方	住民登録住所	〒 区		性別
備考					
申請者の情報	フリガナ			保護者（続柄：） それ以外（代理人） ↓（関係性：）	
	氏名				
	※本人以外が申請する場合記入 ※16歳以上は本人の申請により交付可能	誓約	□ 申請について委任を受けましたが、次のことについて相違ないことを誓約します。 ・ この申請は、本人または保護者（委任者）の意思に基づく申請であること。 ・ 私は、本人または保護者の意思に基づかずに正当な権限なく代理申請を行った場合は、法律等により罰せられる場合があることを承知します。 ・ この申請に関し、委任者との間に問題が生じた場合は、私が責任をもって解決します。		
住所		□ 本人の住民登録の住所と同じ □ 本人の住民登録住所と異なる 〒 区 ↓			
電話番号		- - ※日中連絡のつく電話番号		転入日	年 月 日
送付先 原則、本人の住民登録住所に送付しますが、その他の住所に送付を希望される場合、該当欄に☑		□ 代理人の住所 □ 本人（接種を受ける方）の居所 〒 区 ↓ 宛名：			
申請理由					
添付書類		□ 母子手帳の「出生届出済証明」「予防接種の記録の全ページ」（空白のページを含む） 代理人の申請、かつ送付先が「本人の住民登録住所以外」の場合、下記の書類を添付 □ 申請者の本人確認書類（氏名・生年月日・住所がわかるもの） ※ 施設等の職員の場合は職員の証明書類（職員証や名刺等）			
備考					

※ 上記太枠内をもれなく記入し、下記に送付してください。申請受付後、発送まで約2週間かかります。
〔宛先〕〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市保健所保健課 予防接種担当 宛て
神戸市処理欄

以下記入不要

定期予防接種 交付接種券	ロタウイルス	1 価:出生24週0日後まで 5 価:出生32週0日後まで	1 回目・2 回目・3 回目
	Hib	5 歳の誕生日の前日まで	1 回目・2 回目・3 回目・追加
	小児肺炎球菌	※初回接種開始時期により 接種回数が異なる	1 回目・2 回目・3 回目・追加
	B型肝炎	1 歳の誕生日の前日まで	1 回目・2 回目・3 回目
	5種混合	7 歳 6 か月の前日まで	1 回目・2 回目・3 回目・追加
	BCG	1 歳の誕生日の前日まで	1 回目
	麻しん・風しん（MR）	1 期: 2 歳の誕生日の前日まで 2 期: 年長	1 期・2 期
	水痘	3 歳の誕生日の前日まで	初回・追加
	日本脳炎	※特例あり（早見表参照）	1 回目・2 回目・追加・2 期
	2種混合	13歳の誕生日前日まで	2 期
	HPV（ヒトパピローマウイルス）	小6～高1相当年齢の女子 ※定期接種該当年齢のみに交付	1 回目・2 回目・3 回目
	※定期予防接種券を全て交付（ ）		

受付印

【保健課処理欄】別紙のとおり送付してよろしいか

起案日	・ ・	課長	係長	係
決裁日	・ ・			
送付日	・ ・			