

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の
特例措置による定期接種実施申請書

申請者	住 所	〒
	氏 名	※被接種者が16歳以上は、本人の申請により交付可能です ※保護者以外の場合は委任状を提出ください
	電話番号	
	被接種者との関係	☐ 本人 ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()
被接種者	住 所	☐ 申請者と同じ
		〒 神戸市 区
	(ふりがな)	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (申請日時点: 歳 か月)
予防接種を受ける 予定の医療機関	医療機関名	
	住所	※神戸市外の医療機関で予防接種を受ける場合は、別途の手続きが必要となります。

【様式2】理由書 と共にご提出ください