神戸市帯状疱疹予防接種料の一部補助 補助券交付申請書

申請日：令和 年 月 日

神戸市長 あて

下記のとおり申請します。なお、補助券の交付にあたっては、本制度利用歴情報の照会について同意します。

申請者		☐ 接種を受ける方 ☐ 代理人	
誓約 申請者が代理人の場合		☐ 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、接種を受ける方（委任者）本人の意思に基づく申請であること。 ・私は、接種を受ける方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。	
確認欄 (該当すれば☑) ※該当しない場合 申請できません		☐ 過去に本制度を利用したことがない。（兵庫県下の他の市町で同様の補助を受けた場合も含む。） ☐ 帯状疱疹ワクチンの接種を完了した場合、定期接種の対象年齢になった際に、原則、定期接種の対象とならないことに同意します。	
接種を受ける方の情報	フリガナ 氏名	男・女	生年月日 昭和 年 月 日 (歳)
	住民登録 住所	〒 - 神戸市 区 日中の連絡先	
代理人の情報 ※代理人が申請する場合	フリガナ 氏名	☐ 家族 ☐ 施設・医療機関・介護福祉関係職員	
	住所	〒 - 日中の連絡先	
	施設・医療機関・所属機関名	※申請者が施設・医療機関・介護福祉関係職員の場合のみ記入	
備考			

(申請上の注意点)
・ 申請受付後、概ね2週間程度でご本人の住民登録住所に、ご本人宛送付します。

.....神戸市処理欄.....

【保健課処理欄】

要件	☐ 50～60歳 ※ 50歳の場合、誕生日の前日から対象 ※ 2025年度に61歳になる方は対象外 (S39.4.2～S40.4.1)	交付	☐ 可
			☐ 不可

受付印

【保健課処理欄】別紙のとおり送付してよろしいか (No.)

起案日	. .	課長	係長	係
決裁日	. .			
送付日	. .			