

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 ➡ ☐ 接種を受ける方に接種を希望する意思を確認し、委任を受け申請します		
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		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
		男 ・ 女		
	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	. .			