

2025年度 神戸市 高齢者带状疱疹ワクチン定期予防接種 実施依頼書等交付申請書

申請書受領から発送まで約2週間かかります。接種後の申請はできません。
神戸市内の医療機関で接種される方は、申請不要です。

申請日 **2025** 年 **4** 月 **2** 日

神戸市長あて

私は、下記のとおり予防接種を受けたいので、実施依頼書または予防接種に関する連絡書の交付を申請します。

申請者		<input checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方 <input type="checkbox"/> 代理人	
申請者が代理人の場合、必ず確認 *該当すれば☑		<input type="checkbox"/> 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 ※ 接種を受ける方に接種希望の意思を確認していない、または委任を受けていない場合、申請できません。	
接種歴		過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了されましたか？(生ワクチンを1回接種されたことがある、または組換えワクチンを2回接種されたことがありますか？) <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ↳ 過去の接種歴を踏まえ、医師から带状疱疹ワクチンの接種が必要だと言われましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒定期接種対象外となり、申し込みできません	
申請する予防接種の種類		<input type="checkbox"/> 生ワクチン(ビケン) <input type="checkbox"/> 組換えワクチン(シグリック) 1回目 組換えワクチン1回目を接種済みの方は、 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン(シグリック) 2回目 ⇒ 組換えワクチン2回目の申請のみ可能です <input checked="" type="checkbox"/> 組換えワクチン(シグリック) 1回目+2回目	
接種を受ける方の情報	(フリガナ)氏名	コウベ ハナコ 神戸 花子	生年月日 昭和35 年 4 月 2 日
	住民登録住所	〒 658 - 8570 神戸市 中央 区 加納町6丁目5番1号 ※接種日時点で神戸市民の方のみ申請できます。	日中連絡のつく電話番号 078-0000-0000
申請者が代理人の場合 代理人の情報	(フリガナ)氏名		接種を受ける方との続柄 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員
	住所	〒 -	日中連絡のつく電話番号
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	
接種する医療機関	医療機関名	〇〇クリニック	
	住所	〒 100 - 0000	電話番号 03-0000-0000 東京都千代田区〇〇〇〇
申込理由 *該当するものに☑		<input checked="" type="checkbox"/> 市外に長期滞在 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 <input type="checkbox"/> その他()	
送付先 *希望するものに☑		<input checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方の住民登録住所 <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所	
住所		〒 -	宛名
添付書類 *該当する場合のみ☑・添付		申請者が代理人、かつ、送付先が「接種を受ける方の住民登録住所」以外の場合、下記の書類の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> (家族の場合)本人確認書類(氏名・生年月日・住所がわかるもの) <input type="checkbox"/> (施設等の職員の場合)施設等の職員であることがわかる書類	

送付先を必ずご記入ください。

【送付先住所記入欄】神戸市が書類を送付する際に使用します。

<神戸市確認欄>

発行	医療機関コード
	<input type="checkbox"/> 広域 () <input type="checkbox"/> 広域外 ()

住所	〒 658 - 8570 神戸市中央区加納町6丁目5番1号
宛名	神戸 花子 様