

神戸市 高齢者インフルエンザ・コロナワクチン定期接種 実施依頼書等交付申請書

申請受領から発送まで約2～3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 9 月 18 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		☒ 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。	
申請する 予防接種の種類		☒ 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチンの両方 ☐ 高齢者インフルエンザのみ ☐ 新型コロナワクチンのみ	
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 078-〇〇〇-〇〇〇〇
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 ☐ 家族 ☒ ☐ 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 - 〇〇〇〇 東京都千代田区〇〇〇〇	電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申込理由 *該当するものに☑		☒ 市外に長期滞在 ☐ かかりつけ医で接種 ☐ 医療機関に入院 ☐ 高齢者施設等入所 ☐ その他()	
送付先 *希望するものに☑		☒ 接種を受ける方の住民登録住所 ☐ 代理人の住所	
		☐ 接種を受ける方の居所	
		居所 の住所	宛名
		〒 -	

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
	☐ 広域 () ☐ 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