

2026年度 神戸市 高齢者带状疱疹ワクチン定期予防接種(B類疾病) 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 **2026** 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	
誓約 *申請者が代理人の場合は必ず☑		<input type="checkbox"/> 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、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。			
接種歴 *該当するものに☑		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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(シングリックス) 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(シングリックス) 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(シングリックス) 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 36 年 4 月 2 日	
	住民登録住所	〒 658 - 8570		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	
送付先 *住民票住所以外に 送付希望の場合のみ☑		<input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 〒 - 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			

<神戸市確認欄>

R8.4作成

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