

記入例(接種を受ける方 本人申請の場合)

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。

1	申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方 <input type="checkbox"/> 代理人	
2	誓約	<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。 <small>*申請者が代理人の場合は必ず印</small>	
3	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 <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	
4	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(シグ'リックス) 1回目+2回目	
5	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
6	申請者が代理人の場合 代理人の情報	住民登録住所	〒 658-8570 日中連絡のつく電話番号 078-0000-0000 神戸市 中央 区 加納町6丁目5番1号 <small>※接種日時時点で神戸市民の方のみ申請できます。</small>
		接種を受ける方の続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員
7	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
8	申込理由	<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()	
9	送付先	<small>*住民票住所以外に送付希望の場合のみ印</small> <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"/> 接種を受ける方の居所の住所	
		宛名	〒 -
10	添付書類	<small>*該当する場合のみ印・添付</small> 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>

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

R8.4作成

1	申請者	「接種を受ける方」に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
2	誓約	記入不要です。
3	接種歴	過去の带状疱疹ワクチンの接種歴について該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
4	申請する予防接種の種類	接種するワクチンに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
5	接種を受ける方の情報	氏名、フリガナ、住民登録住所、生年月日、連絡先を記入してください。
6	代理人の情報	記入不要です。
7	接種する医療機関	医療機関名、住所、医療機関の電話番号を記入してください。 ※医療機関名は接種医が所属する医療機関の情報を記入してください。
8	申込理由	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
9	送付先	接種を受ける方の住民登録住所に送付希望の場合記入不要です。 その他の住所へ送付希望の場合、該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 送付先が接種を受ける方の居所の場合、居所住所、宛名を記入してください
10	添付書類	記入不要です。添付書類も不要です。

記入例(代理人申請の場合)

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。

1	申請者	<input type="checkbox"/> 接種を受ける方 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人	
2	誓約 <small>*申請者が代理人の場合は必ず☑</small>	<input checked="" 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。	
3	接種歴 <small>*該当するものに☑</small>	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	
4	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(シガリックス) 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(シガリックス) 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(シガリックス) 1回目+2回目	
5	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
6	申請者が代理人の場合 代理人の情報	(フリガナ) 氏名	コウベ タロウ 神戸 太郎
		住所	〒100-0000 東京都千代田区〇〇〇〇
7	接種する医療機関	施設・医療機関・所属機関名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇 <small>*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</small>
		住所	〒100-0000 東京都千代田区〇〇〇〇
8	申込理由 <small>*該当するものに必ず☑</small>	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 <input type="checkbox"/> その他()	
9	送付先 <small>*住民票住所以外に送付希望の場合のみ☑</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所の住所 〒 - 宛名	
10	添付書類 <small>*該当する場合のみ☑・添付</small>	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 checked="" 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>

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

1	申請者 「代理人」に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
2	誓約 誓約内容をよく読み <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
3	接種歴 過去の带状疱疹ワクチンの接種歴について該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
4	申請する予防接種の種類 接種するワクチンに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
5	接種を受ける方の情報 氏名、フリガナ、住民登録住所、生年月日、連絡先を記入してください。
6	代理人の情報 代理人の氏名、フリガナ、接種を受ける方との続柄、住所、連絡先、施設・医療機関・所属機関名(家族以外の場合)を記入してください。
7	接種する医療機関 医療機関名、住所、医療機関の電話番号を記入してください。 ※医療機関名は接種医が所属する医療機関の情報を記入してください。
8	申込理由 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
9	送付先 接種を受ける方の住民登録住所に送付希望の場合記入不要です。 その他の住所へ送付希望の場合、該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 送付先が接種を受ける方の居所の場合、居所住所、宛名を記入してください。
10	添付書類 添付する書類の該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。