

神戸市 高齢者定期予防接種 接種券交付申請書

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、予防接種券の交付にあたっては、予防接種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		
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。		
交付希望の接種券		☐ 肺炎球菌 ☐ 带状疱疹（ ☐ 1回目/ ☐ 2回目/ ☐ 1回目+2回目）		
接種歴 （該当すれば☑） ※該当しない場合 申請できません		① 肺炎球菌の予防接種券の交付を希望される場合 ☐ ニューモバックスNP(23価肺炎球菌ワクチン)を過去に接種したことがない。 ② 带状疱疹の予防接種券の交付を希望される場合 ☐ 過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了していない。または接種を完了したが、医師に再接種が必要だと言われた。→ 1 回目 + 2 回目交付 ☐ シングリックス 1 回目をすでに接種した。→ 2 回目のみ交付 （1 回目の接種年月日： 年 月 日）		
接種を受ける方の情報	フリガナ 氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住民登録 住所	〒 ー 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	〒 ー 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		
申請理由		☐ 紛失 ☐ 届いていない ☐ 転入 ☐ 身体障害者手帳 1 級所持 ☐ その他 ()		
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	☐ 接種券送付者リスト 宛名番号 () ☐ 身体障害者手帳 1 級所持 ☐ 心臓・腎臓・呼吸器・HIV ☐ HIV ☐ その他 ()	交付	☐ 可 ☐ 不可
	(再)交付した 接種券 ☐ 肺炎球菌 ☐ 带状疱疹 (1回目・2回目・1 回目 + 2 回目)		

受付印

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	・	・			