

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		<input 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		<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。	
交付希望の接種券		<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹（ <input type="checkbox"/> 1回目/ <input type="checkbox"/> 2回目/ <input type="checkbox"/> 1回目+2回目）	
接種歴 （該当すれば☑） ※いずれかに該当しない場合申請できません		<input type="checkbox"/> ① 肺炎球菌の予防接種券の交付を希望される場合 過去に肺炎球菌ワクチンの接種をしていない。または接種をしたが、医師に再接種が必要だと言われた。 <input type="checkbox"/> ② 带状疱疹の予防接種券の交付を希望される場合 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	〒 - 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	<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		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 届いていない <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級所持 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 接種券送付者リスト 宛名番号（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級所持 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓・呼吸器・HIV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他（ ）	交付	<input type="checkbox"/> 可
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹(□無料用/□一般用)+ (1回目・2回目・1回目+2回目)		<input type="checkbox"/> 不可

受付印

別紙のとおり送付してよろしいか

起案日	. .	課長	係長	係
決裁日	. .			
送付日	. .			