

神戸市定期予防接種 実施依頼書等発行申請書

神戸市長 あて

申請日：令和 年 月 日

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書または予防接種に関する連絡書の発行をお願いします。

注：実施依頼書等の有効期限は発行年度内です。年度を超えて接種を予定している場合はご相談ください。

フリガナ			生年月日	平成・令和	性別	男・女
本人氏名				年 月 日 (歳 か月)		
住民登録の住所	〒 区					
申請者名 ※本人以外が申請する場合記入 ※16歳以上は本人が申請可能	☐ 保護者（続柄：） ☐ それ以外（代理人） 本人との関係性：（） ☒ 本人又は保護者の委任を受けて申請します。					
申請者住所	☐ 本人住民登録の住所と同じ ☐ 本人住民登録住所と異なる 〒 区					
電話番号 (日中連絡のつく電話番号)	— —					
申請理由 該当するものに☑をつけてください。	☐ 市外に長期滞在(滞在予定期間： 年 月 日 ～ 年 月 日) ☐ かかりつけ医希望 ☐ 入院中 ☐ その他（ ）					
送付先 ※原則「住民登録の住所」に送付します。その他の住所に送付を希望される場合、該当欄に✓	☐ 本人住民登録の住所 ☐ 代理人の住所 ☐ 接種を受ける方の居所 〒 区					
添付書類	☐ 代理人の申請かつ、送付先が「住民登録の住所」以外の場合、代理人の本人確認書類					
予防接種の種類 ※年度内に接種予定の予防接種のみに○をしてください。 ※ロタウイルスとヒトパピローマウイルスについては、事前に実施医療機関にいずれのワクチンを使用するか確認し、接種を受けるワクチン名に○をしてください。	ロタウイルス	ロタリックス	1回目・2回目			過去の接種歴 【Hib】接種年月日 1回目： 2回目： 3回目： 【4種混合】接種年月日 1回目： 2回目： 3回目： 【小児肺炎球菌】接種年月日 1回目： 2回目： 3回目：
		ロタテック	1回目・2回目・3回目			
	Hib		1回目・2回目・3回目・追加 ➡			
	4種混合		1回目・2回目・3回目・追加 ➡			
	5種混合		1回目・2回目・3回目・追加			
	小児肺炎球菌		1回目・2回目・3回目・追加 ➡			
	B型肝炎		1回目・2回目・3回目			
	BCG		1回目			
	麻しん・風しん(MR)		1期・2期			
	水痘		初回・追加			
	日本脳炎		1回目・2回目・追加・2期			
	二種混合		2期			
	不活化ポリオ		1回目・2回目・3回目・追加			
	HPV (ヒトパピローマウイルス)	サーバリックス	1回目・2回目・3回目			
		ガーダシル	1回目・2回目・3回目			
		シルガード9	1回目・2回目・3回目			
接種予定日	該当するものに☑をし、予約済の場合は、接種予約日が一番早い日付を記載してください。 ☐ 予約済み（令和 年 月 日） ☐ 未定					
実施医療機関	医療機関名					
	住所	〒 区				
	電話番号	— —				
実施依頼書の宛名	実施医療機関が 兵庫県以外の場合 は、実施医療機関のある市区町村の予防接種担当部署にご確認ください。 実施依頼書の宛名： ☐ 市区町村長宛 ☐ 医療機関宛 ☐ その他（ ）					
備考						

太枠内をもれなく記入し、下記に郵送にてご依頼ください。申請書受付け後、発送まで約2週間かかります。

〔宛先〕 〒650-8570
神戸市中央区加納町6-5-1

神戸市保健所保健課 予防接種実施依頼書担当 宛て

神戸市記入欄

広域・広域外・子ども