

# 神戸市高齢者予防接種実施依頼書等発行申込書【複数名用】



(記入日：令和 年 月 日)

下記申込者の接種希望を確認し、申込者本人の委任のもと、代理者が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申請いたします。

対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならない。(定期接種実施要領)

## ■ 申込者の共通情報 (すべて記入してください)

<b>申込理由</b>	*あてはまるものにチェック☑をしてください <input type="checkbox"/> 市外に長期滞在のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医希望 <input type="checkbox"/> 病院入院 <input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<b>記入者</b> (申込者本人以外が記入する場合は代理者)	氏名 (フリガナ)	部署	関係 (看護師など)
	連絡先 ( ) -		
<b>滞在先</b> (入院・入所など)	施設名等		
	住所	〒 -	
	電話番号	( ) -	
<b>接種する医療機関</b> 往診は接種日現在の医師の所属医療機関 (滞在先が病院・老健は同上可)	医療機関名	*依頼書があれば予防接種が可能が事前に医療機関へお問い合わせ下さい。	
	住所	〒 -	
	電話番号	( ) -	
<b>接種予定日</b>	令和 年 月 日		
<b>書類送付先</b>	*希望するものに○をつけてください 滞在先 ・ 接種する医療機関 ・ その他 ( )		
<b>備考</b>			

※明石市内の医療機関では「予防接種実施依頼書」の発行が不要な場合があります。詳しくは医療機関にご確認ください。

## ■ 申込者情報 ※接種の種類と肺炎球菌接種歴 (肺炎球菌希望者のみ) 欄は該当箇所に○を付けてください (人数が多い場合は、同項目を記載した用紙の別添で申請可)

氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	神戸市住民登録住所	予防接種の種類	肺炎球菌接種歴 ※有は対象外
			区	肺炎球菌	有 ・ 無
			区	肺炎球菌	有 ・ 無
			区	肺炎球菌	有 ・ 無
			区	肺炎球菌	有 ・ 無
			区	肺炎球菌	有 ・ 無

注1:インフルエンザは**令和元年10月15日~令和2年1月31日**の接種のみです。

注2:実施依頼書の発送は**申込書受付後、約2週間 (10月11月は3~4週間)** かかりますのでご了承ください。

注3:接種が可能かどうかおよび実施依頼書の提出方法については、接種先の市町村に確認してください。

**枠内 (全て必須) をもれなく記入後、神戸市保健所予防衛生課宛て(下記)に郵送にてご依頼ください。**

**宛先** 〒650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1 神戸市保健所予防衛生課 予防接種実施依頼書担当  
封筒に「高齢者予防接種依頼書発行申込書在中」と記載してください。  
書類送付先を記入した返信用封筒 (角形2号以上) を同封してください (切手は不要)。