

(記入日：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。

- ※ 申請は原則申込者本人になりますが、本人の委任のもと、家族、施設または医療機関から代理で申請をされる場合は、下記代理者欄を必ずご記入ください。

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)

*本人以外が記入する場合 代理者	(フリガナ) 代理者の連絡先 TEL () -	続柄	
----------------------------	---------------------------------	-----------	--

い。該当するものにチェック☑をしてください	予防接種の種類	対象者 (※お申込み前に対象かどうか確認してください)	
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (ニューモバックス)	あなたは過去に同じ肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか？ 該当する方に○をしてください。 (ある・ない)	<input type="checkbox"/> 令和元年度(平成31年度)中に65,70,75,80,85,90,95,100歳になる人もしくは100歳以上の人 <input type="checkbox"/> 接種日現在で60~64歳の人で心臓、腎臓、呼吸器、免疫機能障害の身体障害者手帳1級の人、または同程度の人

定期接種対象外 (全額自己負担で任意接種を希望する場合は、かかりつけ医にご相談ください)

接種を受ける人の氏名	(フリガナ)	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)
住民登録の住所	〒 区				
電話番号	() -				
申込理由	*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 その他 ()				
滞在先 (入院・入所など) 住民登録と同じ場合は同上と記入	入院・入所施設 または世帯主名				
	住所	〒 区			
	電話番号	() -			
接種する医療機関 (同上の場合は記入不要)	医療機関名	*依頼書に医療機関名が記載されます。依頼書があれば予防接種が可能か事前に医療機関へお問い合わせ下さい。			
	医療機関住所	〒 区			
	電話番号	() -			
接種予定日	(おおよその日程可) 令和 年 月 日 *実施依頼書の発行は 申込書受付後、約2週間(10~11月は3~4週間) かかりますのでご了承ください。				
書類送付先	*希望するものに○をつけてください 住民登録の住所・滞在先・接種する医療機関・その他 ()				
備考					

※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。

*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。)

送付時に必要な書類 神戸市高齢者予防接種実施依頼書等発行申込書(本書)

書類送付先を記入した返信用封筒(長形3号) ※切手の貼付は不要※