

2025年度 神戸市 高齢者带状疱疹ワクチン定期予防接種 実施依頼書等交付申請書

申請書受領から発送まで約2週間かかります。接種後の申請はできません。
神戸市内の医療機関で接種される方は、申請不要です。

申請日 年 月 日

神戸市長あて

私は、下記のとおり予防接種を受けたいので、実施依頼書または予防接種に関する連絡書の交付を申請します。

申請者		<input type="checkbox"/> 接種を受ける方		<input type="checkbox"/> 代理人	
申請者が代理人の場合、必ず確認 *該当すれば☑		<input type="checkbox"/> 接種を受ける方に接種を希望する意思を確認し、委任を受け申請します <input checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方に接種希望の意思を確認していない、または委任を受けていない場合、申請できません。			
接種歴		過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了されましたか？(生ワクチンを1回接種されたことがある、または組換えワクチンを2回接種されたことがありますか？) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ 過去の接種歴を踏まえ、医師から带状疱疹ワクチンの接種が必要だと言われましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒定期接種対象外となり、申し込みできません			
申請する予防接種の種類		<input type="checkbox"/> 生ワクチン(ビケン) <input type="checkbox"/> 組換えワクチン(シングリックス) 1回目 組換えワクチン1回目を接種済みの方は、 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン(シングリックス) 2回目 ⇒ 組換えワクチン2回目の申請のみ可能です <input type="checkbox"/> 組換えワクチン(シングリックス) 1回目+2回目			
接種を受ける方の情報	(フリガナ)氏名		生年月日	年 月 日	
	住民登録住所	〒 -	日中連絡のつく電話番号		
申請者が代理人の場合 代理人の情報	(フリガナ)氏名		接種を受ける方との続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員	
	住所	〒 -		日中連絡のつく電話番号	
	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			
接種する医療機関	医療機関名				
	住所	〒 -	電話番号		
申込理由 *該当するものに☑		<input type="checkbox"/> 市外に長期滞在 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 <input type="checkbox"/> その他()			
送付先 *希望するものに☑		<input type="checkbox"/> 接種を受ける方の住民登録住所 <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所			
		居所の住所	〒 -	宛名	
添付書類 *該当する場合のみ☑・添付		申請者が代理人、かつ、送付先が「接種を受ける方の住民登録住所」以外の場合、下記の書類の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> (家族の場合)本人確認書類(氏名・生年月日・住所がわかるもの) <input type="checkbox"/> (施設等の職員の場合)施設等の職員であることがわかる書類			

送付先を必ずご記入ください。

【送付先住所記入欄】神戸市が書類を送付する際に使用します。

<神戸市確認欄>

発行	医療機関コード
	<input type="checkbox"/> 広域 ()
	<input type="checkbox"/> 広域外 ()

住所	〒 -	宛名	様
----	-----	----	---