

記入例(接種を受ける方 本人申請の場合)

2026年度 神戸市 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン定期接種 実施依頼書等交付申請書

申請受領から発送まで約2～3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 2026 年 10 月 2 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。

1	申請者	☒ 接種を受ける方 ☐ 代理人		
2	誓約 *申請者が代理人の場合は必ず☑	☐ 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、に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。		
3	申請する 予防接種の種類 *該当するものに☑	☒ 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチンの両方 ☐ 高齢者インフルエンザのみ ☐ 新型コロナワクチンのみ		
4	接種を受ける方の 情報	(フリガナ) 氏名	コウベ ハナコ 神戸 花子	生年 月日 昭和36 年 10 月 2 日
		住民登録住所	〒 658 - 8570 神戸市 中央 区 加納町6丁目5番1号	日中連絡の つく電話番号 078-0000-0000
5	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 ☐ 家族☑ ☐ 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	
6	接種する 医療機関	医療機関名	〇〇クリニック	
		住所	〒 100 - 0000	電話番号 03-0000-0000 東京都千代田区〇〇〇〇
7	申込理由 *該当するものに必ず☑	☒ 市外に長期滞在 ☐ かかりつけ医で接種 ☐ 医療機関に入院 ☐ 高齢者施設等入所 ☐ その他()		
8	送付先 *住民票住所以外に 送付希望の場合のみ☑	※原則、接種を受ける方の住民登録住所に送付します。 ただし、その他の住所を希望する場合、以下の該当欄にチェックしてください。		
		☐ 代理人の住所 ☐ 接種を受ける方の居所の住所	〒 -	宛名

< 神戸市確認欄 >

R8.10作成

発行	医療機関コード
	☐ 広域 ()
	☐ 広域外 ()

1

申請者

「接種を受ける方」に ☒ を記入してください。

2

誓約

記入不要です。

3

申請する予防接種の種類

接種するワクチンに ☒ を記入してください。

4

接種を受ける方の情報

氏名、フリガナ、住民登録住所、生年月日、連絡先を記入してください。

5

代理人の情報

記入不要です。

6

接種する医療機関

医療機関名、住所、医療機関の電話番号を記入してください。
※医療機関名は接種医が所属する医療機関の情報を記入してください。

7

申込理由

該当するものに ☒ を記入してください。

8

送付先

接種を受ける方の住民登録住所に送付希望の場合記入不要です。
その他の住所へ送付希望の場合、該当するものに ☒ を記入してください。
送付先が接種を受ける方の居所の場合、居所住所、宛名を記入してください

記入例(代理人申請の場合)

2026年度 神戸市 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン定期接種 実施依頼書等交付申請書

申請受領から発送まで約2～3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 2026 年 10 月 2 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。

1	申請者	☐ 接種を受ける方 ☒ 代理人			
2	誓約 *申請者が代理人の場合は必ず図	☒ 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、に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。			
3	申請する 予防接種の種類 *該当するものに図	☒ 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチンの両方 ☐ 高齢者インフルエンザのみ ☐ 新型コロナワクチンのみ			
4	接種を受ける方の 情報	(フリガナ) 氏名	コウベ ハナコ 神戸 花子	生年 月日	昭和36 年 10 月 2 日
		住民登録住所	〒 658 - 8570 神戸市 中央 区 加納町6丁目5番1号	日中連絡の つく電話番号	078-0000-0000
5	申請者が 代理人の 場合 代理人 の情報	(フリガナ) 氏名	コウベ タロウ 神戸 太郎	接種を 受ける方 との続柄	☐ 家族図 ☒ 施設・医療機関・介護福祉関係 職員
		住所	〒 100 - 0000 東京都千代田区0000	日中連絡の つく電話番号	03-0000-0000
		施設・医療機関・ 所属機関名	特別養護老人ホーム0000 *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		
6	接種する 医療機関	医療機関名	〇〇クリニック		
		住所	〒 100 - 0000	電話番号	03-0000-0000
7	申込理由 *該当するものに必ず図	☐ 市外に長期滞在 ☐ かかりつけ医で接種 ☐ 医療機関に入院 ☒ 高齢者施設等入所 ☐ その他()			
8	送付先 *住民票住所以外に 送付希望の場合のみ図	※原則、接種を受ける方の住民登録住所に送付します。 ただし、その他の住所を希望する場合、以下の該当欄にチェックしてください。			
		☒ 代理人の住所 ☐ 接種を受ける方の居所の住所	〒 - 宛名		

<神戸市確認欄>

発行	医療機関コード
	☐ 広域 ()
	☐ 広域外 ()

R8.10作成

1 申請者

「代理人」に ☒ を記入してください。

2 誓約

誓約内容をよく読み ☒ を記入してください。

3 申請する予防接種の種類

接種するワクチンに ☒ を記入してください。

4 接種を受ける方の情報

氏名、フリガナ、住民登録住所、生年月日、連絡先を記入してください。

5 代理人の情報

代理人の氏名、フリガナ、接種を受ける方との続柄、住所、連絡先、施節・医療機関・所属機関名(家族以外の場合)を記入してください。

6 接種する医療機関

医療機関名、住所、医療機関の電話番号を記入してください。
※医療機関名は接種医が所属する医療機関の情報を記入してください。

7 申込理由

該当するものに ☒ を記入してください。

8 送付先

接種を受ける方の住民登録住所に送付希望の場合記入不要です。
その他の住所へ送付希望の場合、該当するものに ☒ を記入してください。
送付先が接種を受ける方の居所の場合、居所住所、宛名を記入してください