

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のご案内

実施依頼書とは？

神戸市外の医療機関で定期予防接種を受ける場合、神戸市から接種を実施する医療機関または市区町村宛てに、予防接種の実施を依頼する書類を作成し、申請者に送付します。この書類のことを実施依頼書と言います。実施依頼書は、予防接種の実施主体が神戸市であり、万が一接種により健康被害が生じた場合は、神戸市が救済措置を行うことを明確にしたものです。

申請前にご確認ください

- ・ 神戸市内の医療機関で接種される方は、申請不要です。**接種後の申請はできません。**
- ・ 接種を希望する医療機関に、実施依頼書等があれば予防接種が可能かどうかを、事前にお問い合わせください。
- ・ 明石市の一部の医療機関では実施依頼書等の発行が不要な場合があります。詳しくは医療機関にお問い合わせください。

申請に関する注意点

- ・ 実施依頼書等の交付は申請受付後、**約2週間かかります**ので日程に余裕をもって申請してください。
- ・ 本人が申請することが原則となりますが、家族、施設・医療機関・介護福祉関係職員が代理で申請される場合は、本人へ接種の希望があることを必ず確認してから、委任を受けて申請してください。
- ・ 過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了された方は、原則、定期予防接種の対象外です。ワクチンの効果や既往歴等を踏まえて医師が必要と判断した場合は定期接種の対象となります。そのため、申請される前に、医師に接種が必要かどうかご相談ください。
- ・ 組換えワクチン(シングリックス)1回目をすでに任意接種(全額自己負担での接種)として受けている場合、残りの2回目の接種を定期予防接種として受けることができます。そのため、組換えワクチン(シングリックス)2回目の申請のみ可能です。
- ・ 実施依頼書等の有効期限は年度内です。

申請方法

交付申請書に必要事項を記入のうえ、下記の「申請先」に郵送してください。

【申請時必要書類】

☐ 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上以外の場合**

① 代理人が家族の場合：本人確認書類(氏名・生年月日・住所がわかるもの)

(例)運転免許証、マイナンバーカード(表面のみ)、健康保険証(住所も確認できるもの)等

② 代理人が施設等の職員の場合：施設等の職員であることが分かる書類

(例)職員証、名札、名刺等

※ 代理人が複数名の申請をする場合は、上記申請書に【別紙】を添付してください

【申請期限】

2026年3月13日(必着)まで



(電子申請)

申請先

-----キリトリ線-----

封筒表面に右記のとおり記入するか、右記を切り取って貼っていただくと封筒の宛名としてご使用いただけます。

〒650-8526

神戸市中央区伊藤町 111 神戸商工中金ビル 4 階

神戸市行政事務センター 予防接種担当 行

「高齢者定期予防接種実施依頼書等交付申請書在中」

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		☐ 接種を受ける方 ☐ 代理人	
申請者が代理人の場合、必ず確認 *該当すれば☑		☐ 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 ※ 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？) ☐ はい ☐ 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？ ☐ はい ☐ 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		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換えワクチン(シグリック) 1回目 組換えワクチン1回目を接種済みの方は、 ☐ 組換えワクチン(シグリック) 2回目 ⇒組換えワクチン2回目の申請のみ可能です	
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	〒 ー	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	☐ 家族 ☐ 施設・医療機関・介護福祉関係職員
	住所	〒 ー	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	〒 ー	電話番号
申込理由 *該当するものに☑		☐ 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()	
送付先 *希望するものに☑		☐ 接種を受ける方の住民登録住所 ☐ 代理人の住所 ☐ 接種を受ける方の居所 居所の住所 〒 ー 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。 ☐ (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) ☐ (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
	☐ 広域 () ☐ 広域外 ()

住所 〒 ー

宛名 様