

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 2025 年 4 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。

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 ※ <u>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。</u>			
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 リックス) 1回目 ☒ 組換えワクチン(シグ リックス) 2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	コウベ ハナコ 神戸 花子	生年月日	昭和35 年 4 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 ※接種日時点で神戸市民の方のみ申請できます。		
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		
接種する 医療機関	医療機関名	〇〇クリニック		
	住所	〒 100 - 〇〇〇〇	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		東京都千代田区〇〇〇〇		
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	〒 -	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 〒 658 - 8570

神戸市中央区加納町6丁目5番1号

宛名 神戸 花子

様