

神戸市 高齢者予防接種 履歴照会 申請書

申請日：令和 年 月 日

神戸市長 あて

下記のとおり申請します。なお、履歴照会にあたっては、予防接種歴情報の照会について同意します。

申請者		<input type="checkbox"/> 接種を受けた方 <input type="checkbox"/> 代理人	
履歴照会		<input type="checkbox"/> H27年度以降の肺炎球菌及び带状疱疹の接種履歴を照会できます	
接種を受けた方の情報	フリガナ	生年月日	大正・昭和
	氏名		年 月 日 (歳)
代理人の情報 <small>※代理人が申請する場合</small>	フリガナ	<input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 本人と同居 <input type="checkbox"/> 同居していない <input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員	男・女
	住所		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 〒 -
申請理由		日中の連絡先	
添付書類		日中の連絡先	
		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	

(申請上の注意点)

- 申請受付後、概ね2週間程度でご本人の住民登録住所に、ご本人宛送付します。
- 接種履歴は、医療機関からの接種報告の時期により、接種履歴の反映がされていない場合があります。(通常、接種後3か月程度で反映)
- 神戸市で費用助成を行っていない任意予防接種や自費でされた予防接種の記録は神戸市の電子システムに記録できないため記載されません。
- インフルエンザ及び新型コロナワクチンの予防接種記録は本申請の対象外です。
- 神戸市に住民登録がない人は、原則、申請できません。住民登録のある市町村にご相談ください。

神戸市 処理欄

受付印

【保健課処理欄】別紙のとおり送付してよろしいか (No.)

起案日	. .	課長	係長	係
決裁日	. .			
送付日	. .			