

神戸市定期予防接種 実施依頼書等発行申請書

神戸市長 あて

申請日： 令和 年 月 日

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書または予防接種に関する連絡書の発行をお願いします。

注：実施依頼書等の有効期限は発行年度内です。年度を超えて接種を予定している場合はご相談ください。

フリガナ				平成 ・ 令和			
本人氏名	生年月日			年 月 日 (歳 か月)	性別	男・女	
住民登録の住所	〒 神戸市 区						
申請者名 <small>※本人以外が申請する場合記入 ※16歳以上は本人が申請可能</small>	<input type="checkbox"/> 保護者（続柄： ） <input type="checkbox"/> それ以外（代理人） 本人との関係性：（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 本人又は保護者の委任を受けて申請します。						
申請者住所	<input type="checkbox"/> 本人住民登録の住所と同じ <input type="checkbox"/> 本人住民登録住所と異なる 〒 区						
電話番号 <small>(日中連絡のつく電話番号)</small>	〒 - -						
申請理由 <small>該当するものに☑をつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 市外に長期滞在(滞在予定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> かかりつけ医希望 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 (
送付先 <small>※原則「住民登録の住所」に送付します。その他の住所に送付を希望される場合、該当欄に☑</small>	<input type="checkbox"/> 本人住民登録の住所 <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所 〒 区						
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の「出生届出済証明書」・「予防接種の記録のページ」 <input type="checkbox"/> 代理人の申請かつ、送付先が「住民登録の住所」以外の場合、代理人の本人確認書類						
予防接種の種類 <small>※年度内に接種予定の予防接種のみに○をしてください。</small> <small>※ロタウイルスとヒトパピローマウイルスについては、事前に実施医療機関にいずれのワクチンを使用するか確認し、接種を受けるワクチン名に○をしてください。</small>	ロタウイルス	ロタリックス	1回目 ・ 2回目	過去の接種歴 【Hib】接種年月日 1回目： 2回目： 3回目： 【4種混合】接種年月日 1回目： 2回目： 3回目： 【小児肺炎球菌】接種年月日 1回目： 2回目： 3回目			
		ロタテック	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目				
	Hib		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		➡		
	4種混合		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		➡		
	5種混合		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加				
	小児肺炎球菌		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		➡		
	B型肝炎		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目				
	BCG		1回目				
	麻しん・風しん(MR)		1期 ・ 2期				
	水痘		初回 ・ 追加				
	日本脳炎		1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期				
	二種混合		2期				
	不活化ポリオ		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加				
HPV (ヒトパピローマウイルス)	サーバリックス		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目				
	ガーダシル		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目				
	シルガード9		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目				
接種予定日	該当するものに☑をし、予約済の場合は、接種予約日が一番早い日付を記載してください。 <input type="checkbox"/> 予約済み (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未定						
備考							

太枠内をもれなく記入し、下記に郵送にてご依頼ください。申請書受け後、発送まで約2週間かかります。

神戸市記入欄

【宛先】 〒650-8570
神戸市中央区加納町6-5-1

神戸市保健所保健課 予防接種実施依頼書担当 宛て

広域・広域外・こども