

神戸市 高齢者肺炎球菌 予防接種 実施依頼書等交付申請書

申請受理から発送まで約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を受ける方は、申請不要です。

申請日 2024 年 4 月 1 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。

接種歴	23価肺炎球菌ワクチン（ニューモバックスNP）を過去に接種したことがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒定期接種対象外となり、申し込みできません		
申請者 *該当するものに☑	<input checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方 <input type="checkbox"/> 代理人（氏名 続柄 ）		
日中連絡のつく 電話番号	078-0000-0000		
（フリガナ） 接種を受ける方	コウベ ハナコ 神戸 花子		
生年月日	明治 大正 昭和	34 年	4 月 2 日
住民登録の住所	〒 658 - 8570 神戸市 中央区 加納 町 通 6 丁目 5 番 1 号 ※接種日時点で神戸市内に住民登録のある方のみ申請できます。		
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 東京都千代田区〇〇〇	電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請理由 *該当するものに☑	<input checked="" type="checkbox"/> 市外に長期滞在 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 <input type="checkbox"/> 高齢者施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先 *希望するものに☑	<input checked="" type="checkbox"/> 住民登録の住所 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関 <input type="checkbox"/> その他（下記にご記入ください）		
送付先が 「その他」 の場合	住所	〒 -	
	宛名		

送付先を必ずご記入ください

※返信用封筒を同封していただいた場合は不要です

【送付先住所記入欄】神戸市が必要書類を送付する際に使用します。

〒 658 - 8570

住所

神戸市中央区加納町6丁目5番1号

宛名

神戸 花子

様

<神戸市確認欄>

発行	医療機関コード
	<input type="checkbox"/> 広域（ ）
	<input type="checkbox"/> 広域外（ ）