

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 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。

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 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 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			
（フリガナ）接種を受ける方			
生年月日		明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日	
住民登録の住所		〒 区 町通 丁目 番 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		
	住所	〒 区 町通 丁目 番 号	電話番号 _____
申請理由 *該当するものに☑		<input 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 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	〒 区 町通 丁目 番 号	
	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。

<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（ ）

〒

住所

宛名 _____ 様