

神戸市 高齢者肺炎球菌 定期予防接種 履歴照会 申請書

上記申請希望の方は、太枠内を記入してください。

		① 申請日	年 月 日
② 氏名	フリガナ	③ 性別	男 ・ 女
④ 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
⑤ 住民登録の住所	〒 区 神戸市 区		
	日中の連絡先 () -		
⑥ 申請者氏名 <small>※本人以外が申請する場合記入してください。</small>	フリガナ	続柄	
	日中の連絡先 () -		
⑦ 申請理由			

(申請上の注意事項)

- ・ 接種した医療機関の照会はできません。
- ・ インフルエンザ及び新型コロナウイルス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。
- ・ 申請後、概ね2週間程で保健所保健課より、住民登録上の住所へ送付します。
- ・ 接種履歴は、医療機関からの接種報告の時期により、接種履歴の反映ができていない場合があります。(通常、接種後3ヶ月程で反映)
- ・ 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。

<神戸市処理欄>

区受付印

【区処理欄】 受付者 () 内線 ()

申請者	保健課へ送付
来庁 ・ 電話	・

【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	・			