

2024年度 神戸市 高齢者インフルエンザ・コロナワクチン定期接種 実施依頼書等交付申請書

申請受領から発送まで約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される方は、申請不要です。

申請日 **2024** 年 **9** 月 **2** 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。

申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方 <input type="checkbox"/> 代理人			
申請者が代理人の場合 接種を受ける方の 意思を確認したか *該当すれば☑	<input type="checkbox"/> 接種を受ける方に接種を希望する意思を確認した ※ 接種を受ける方に接種希望の意思を確認していない場合、申請できません。			
申請する 予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチンの両方 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザのみ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチンのみ			
接種を 受ける方 の情報	(フリガナ) 氏名	コウベ ハナコ 神戸 花子	生年 月日	昭和 34 年 4 月 2 日
	住所	〒 658 - 8570 神戸市 中央 区 加納町6丁目5番1号 ※接種日時点で神戸市民の方のみ申請できます。		
	日中連絡の つく電話番号	078-0000-0000		
申請者が 代理人の 場合 代理人 の情報	(フリガナ) 氏名		接種を 受ける方 との続柄	
	住所	〒 -		
	日中連絡の つく電話番号			
接種する 医療機関	医療機関名	〇〇クリニック		
	住所	〒 100 - 0000	電話番号	03-0000-0000
		東京都千代田区〇〇〇〇		
申込理由 *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"/> 医療機関に入院 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 <input type="checkbox"/> その他()			
送付先 *希望するものに☑	<input checked="" type="checkbox"/> 接種を受ける方の住民登録上の住所 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関 <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> その他			
送付先が 「その他」 の場合 記入	送付先 住所	〒 -	宛名	

送付先を必ずご記入ください。

【送付先住所記入欄】神戸市が書類を送付する際に使用します。

住所 〒 **658 - 8570**
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 ()	