

令和5年度 神戸市高齢者インフルエンザ定期予防接種 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される方は、申請不要です。

申請日 令和5年9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。

申請者 *該当するものに☑		<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者 <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） 接種される方		コウベ ハナコ 神戸 花子	
生年月日		明治 大正 33 年 4 月 2 日 昭和	
住民登録の住所		〒 658 - 8570 神戸市 中央区 加納 町 6 丁目 5 番 1 号 ※接種日に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"/> 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"/> 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。

<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（ ）

〒 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