

神戸市定期予防接種実施依頼書等発行申込書

注：実施依頼書等の有効期限は原則発行から6か月です。5か月以上先の予防接種は後日申請してください。記入日： 年 月 日

①接種を受ける方の氏名	フリガナ 〒 ー 神戸市 区	②性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	③生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
④住民登録の住所	住民登録の住所と異なる場合は発行できませんので正確な住所を記載してください。				
⑤保護者氏名	フリガナ 続柄は該当するものに○印をつけてください。 続柄： 母・父・他 ()	⑥申請者氏名	フリガナ 保護者以外が申請する場合に記入してください。 接種を受ける方との関係 ()		
⑦電話番号	日中の連絡先 () ー				
⑧申請理由	<input type="checkbox"/> 市外に長期滞在 (滞在予定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> かかりつけ医希望 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑨予防接種の種類	発行を希望する予防接種の回数に☑をつけてください。(5か月以内に接種する予定のもの)				
※ロタウイルスと、ヒトパピローマウイルスについては、事前に実施医療機関にどちらのワクチンを使用するか確認してください。	ロタウイルス※ 【R2.8月1日以降に生まれた方のみ】	・ロタリックス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	過去の接種歴	
		・ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	→ 【ヒブ】 接種年月日		
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	1回目:		
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	2回目:		
	四種混合(1期)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	3回目:		
	五種混合(1期) 【2024年4月1日以降に接種を開始する方】	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	3回目:		
	B C G	<input type="checkbox"/> 1回目	→ 【肺炎球菌】 接種年月日		
	麻しん・風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	1回目:		
	水痘	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加	2回目:		
	二種混合	<input type="checkbox"/> 2期	3回目:		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1期1回目 <input type="checkbox"/> 1期2回目 <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期			
	ヒトパピローマウイルス(HPV)※	・サーバリックス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ・ガーダシル <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ・シルガード9 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	※15歳の誕生日前日までに1回目の接種を行う場合、2回接種で完了です。		
⑩接種予定日	該当するものに☑をし、予約済の場合は、接種予約日が一番早い日付を記載してください。 <input type="checkbox"/> 予約済 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未定				
⑪滞在先住所	住所	〒 ー			
住民登録と異なる場合記入してください。	世帯主名				
	電話番号	() ー			
⑫実施医療機関	医療機関名				
依頼書があれば接種可能か、事前に医療機関にお問い合わせください。(依頼書に医療機関名が記載されます)	住所	〒 ー			
	電話番号	() ー			
⑬実施依頼書の宛名	実施医療機関が兵庫県外の場合は、実施医療機関のある市区町村の予防接種担当部署にご確認ください。 実施依頼書の宛名： <input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑭依頼書等の送付先	<input type="checkbox"/> 住民登録の住所(上記④) <input type="checkbox"/> その他 住所と宛名： 〒 ー <input type="checkbox"/> 滞在先(上記⑪)				

太枠内をもちろん記入し、下記に郵送にてご依頼ください。申請書受け付け後、発送まで約2週間かかります。

【宛先】 〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1

神戸市保健所保健課 予防接種実施依頼書担当 宛て

神戸市記入欄	広域
	広域外