

## 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のご案内

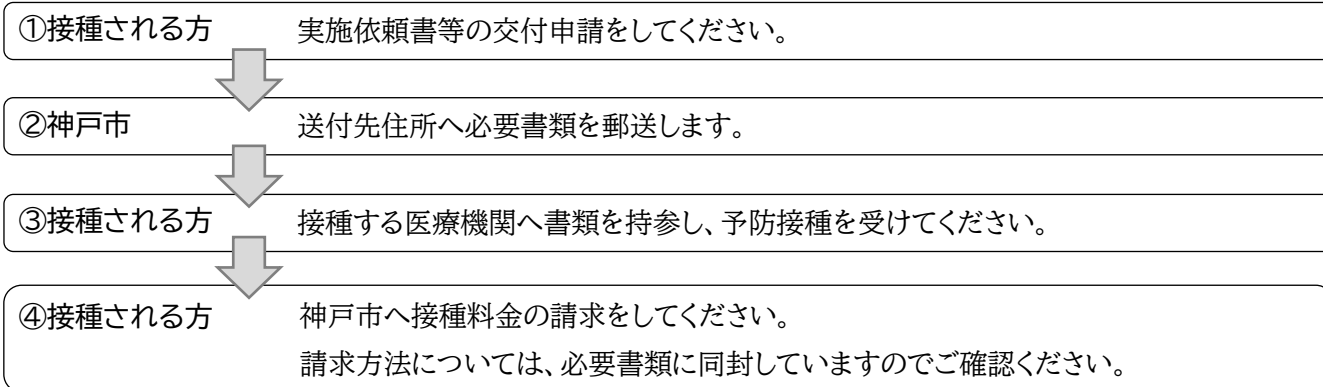
## 実施依頼書とは？

神戸市外の医療機関で定期接種を受けるため、神戸市が接種される医療機関または市区町村に対し、接種を依頼する文書(実施依頼書)を指します。また、実施依頼書は万が一接種により引き起こされた健康被害について、神戸市が救済措置を行うことを明確にしたものです。

## 申請前にご確認ください

- 神戸市内の医療機関で接種される方は、申請不要です。
- 接種を希望する医療機関に、実施依頼書等があれば予防接種が可能かどうかを、事前にお問い合わせください。
- 明石市の医療機関では実施依頼書等の発行が不要な場合があります。詳しくは医療機関にお問い合わせください。

## 市外で接種を受ける際の流れ



## 申請に関する注意点

- 実施依頼書等の交付は申請受付後、**約2週間かかります**ので日程に余裕をもって申請してください。
- 交付申請書に必要事項を記入のうえ、下記の「申請先」に郵送してください。
- 本人が申請することが原則となりますが、家族、施設または医療機関から代理で申請される場合は、本人へ接種の希望があることを必ず確認してから申請してください。

## 【申請時必要書類】

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

※ 代理人が、複数名の申請をする場合は、上記申請書に【別紙】を添付してください。

## 【申請期限】

令和7年1月15日(必着)まで

## 申請先

-----キリトリ線-----

封筒表面に右記のとおり記入するか、  
右記を切り取って貼っていただくと封筒  
の宛名としてご使用いただけます。

〒650-8526  
神戸市中央区伊藤町 111 神戸商工中金ビル 4 階  
神戸市行政事務センター「予防接種無料対象確認証担当」行  
「インフルエンザ・コロナ定期接種実施依頼書等交付申請書在中」

# 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 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。

申請者		<input 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、必ず確認 *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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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		生年月日	年	月 日
	住所	〒 - 神戸市 区 *接種日時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				
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				
	住所	〒 -	電話番号		
申込理由 *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"/> 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 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。

<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