

予防接種実施依頼書等交付申請書(成人)

西宮市長 様

下記のとおり、定期予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書等の発行をお願いします。

なお、申請者と被接種者(=接種を受ける人)が異なる場合には、被接種者に予防接種を受けること及び予防接種依頼書等の交付を申請することに関して同意を得ています。

Application form with fields for applicant and recipient names, addresses, phone numbers, and vaccination details. Includes checkboxes for age and health status.

*1 接種当日に60~64歳の場合、心臓、じん臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害により身体障害者手帳1級の所持者でなければならない。(接種時に身体障害者手帳の写しが必要)

*2 接種当日に「生活保護受給証明書」(受給者証は不可)または「支援給付受給証明書」を医療機関へ提出する。

Second section of the application form, including vaccination date, medical institution name, application reason, and delivery address.

＜書類提出先(郵送または窓口)＞
〒662-0855 西宮市江上町3番26号 西宮市保健所 保健予防課 予防接種チーム
※令和4年11月以降の提出先住所は「〒662-0911 西宮市池田町8-11」になります。(宛名は同じ)

※市処理欄 (以下は記入しないで下さい)

Final section of the form for administrative processing, including document type, jurisdiction, and dates.