

带状疱疹予防接種予診票 申請書

徳島市長 殿

带状疱疹予防接種予診票 生ワクチン(ビケン) 組換えワクチン(シングリックス) の発行を申請します。
※必須

補助対象以上の接種を受けた場合は、接種料金を全額自己負担いたします。

【理由】 ※必須

再発行 紛失 破損 破棄 未着 その他()

転入(転入日: 令和 年 月 日) 随時発行(予診票発送(6月末)前に接種したい方)

【履歴】 ※必須

今までに带状疱疹の予防接種をしたことはありません。

今までに 生ワクチン(ビケン) 組換えワクチン(シングリックス) を 1回 前回接種日: 年 月 日 2回 前回接種日: 年 月 日 接種したことがあります。

その他 (ワクチン名:)

【対象者確認】 ※必須

裏面記載のR7年度の带状疱疹予防接種の対象者であることを確認しました。

再発行については1回限りである事を了承しました。

接種予定
【医療機関】 () ※任意

コード()	令和 年 月 日
フリガナ	明治・大正・昭和 年 月 日生
氏名	(男・女) (歳)
住所	〒 徳島市 昼間連絡のつく電話番号 ()

* 申請者が本人以外の場合のみ、ご記入ください。

氏名 _____ 本人との関係 _____
住所 _____
電話 _____

* 職員記入欄

受付	受付	電話 / 窓口
	再発行方法	郵送希望 / 来所 (いつ:)
	履歴確認	<input type="checkbox"/> エクセルで確認、打ち出し済
	受付者	
処理	履歴確認	<input type="checkbox"/> 対象者台帳で確認済
	処理方法	<input type="checkbox"/> 郵送発行済 <input type="checkbox"/> 窓口発行済
	発行日	発行者

令和7年度 带状疱疹予防接種 対象者

年齢	生年月日
65歳	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日
70歳	昭和30年4月2日～昭和31年4月1日
75歳	昭和25年4月2日～昭和26年4月1日
80歳	昭和20年4月2日～昭和21年4月1日
85歳	昭和15年4月2日～昭和16年4月1日
90歳	昭和10年4月2日～昭和11年4月1日
95歳	昭和 5年4月2日～昭和 6年4月1日
100歳	大正14年4月2日～大正15(昭和元)年4月1日
100歳以上	大正14年4月1日以前