

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R8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

フリガナ	コード()	令和 年 月 日
氏名	(男・女)	昭和 年 月 日生 (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"/> 健康かるてで接種履歴と送付情報の確認
	受付者	
処理	送付履歴	<input type="checkbox"/> 送付情報の登録済み
	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8年度 带状疱疹予防接種 対象者

年齢	生年月日
65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日
70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日
75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日
80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日
85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日
90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日
95歳	昭和 6年4月2日～昭和 7年4月1日
100歳	大正15年(昭和元年)4月2日～昭和 2年4月1日