

# 令和8年度 带状疱疹予防接種【相互乗り入れ・再発行】申込書

※下記の該当する項目にチェックをお願いします。

<input checked="" type="checkbox"/> 相互乗り入れ希望	医療機関名[ <input type="text" value="〇〇病院"/> ]( <input type="text" value="〇〇市・町・村"/> )
<input type="checkbox"/> 再発行希望	受診券の再発行希望

氏名	草加 花子
生年月日	S30 年 4 月 2 日生 ( 70 歳)
住所	草加市中央〇—〇—〇
電話番号	
代理申請	氏名: (続柄: ) 連絡先:

今年度、带状疱疹の予防接種を受けましたか？(はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ)	
組換えワクチン:1回目( 月 日に接種済)	
* 対象期間内に規定された回数より多く接種されると、自己負担となりますのでご注意ください。	
(法令で規定された回数:生ワクチン1回、組換えワクチン2回)	
年度末年齢	生年月日
<input type="checkbox"/> 65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生まれ
<input checked="" type="checkbox"/> 70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日生まれ
<input type="checkbox"/> 75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生まれ
<input type="checkbox"/> 80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生まれ
<input type="checkbox"/> 85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生まれ
<input type="checkbox"/> 90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生まれ
<input type="checkbox"/> 95歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日生まれ
<input type="checkbox"/> 100歳	大正15年4月2日生まれ～昭和2年4月1日生まれ

※60歳～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に関する障がい1級の身体障害者手帳を有する方は、保健センターでも申込が必要になりますので、事前に保健センターまでお問合せください。