

令和7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。

☒ 相互乗り入れ希望	医療機関名[〇〇病院](〇〇市・町・村)
☐ 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・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
☐ 65歳	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日生まれ
☒ 70歳	昭和30年4月2日～昭和31年4月1日生まれ
☐ 75歳	昭和25年4月2日～昭和26年4月1日生まれ
☐ 80歳	昭和20年4月2日～昭和21年4月1日生まれ
☐ 85歳	昭和15年4月2日～昭和16年4月1日生まれ
☐ 90歳	昭和10年4月2日～昭和11年4月1日生まれ
☐ 95歳	昭和5年4月2日～昭和6年4月1日生まれ
☐ 100歳以上	大正15年4月1日以前の生まれ

※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。

I