

令和7年度带状疱疹予防接種県内乗り入れ申請書

《記入見本》

受付印

届出者氏名 ふじみ野 太郎

(続柄: 本人)

電話番号 ()

※本人申請以外の場合は、
連絡先を記入

※太枠の中を記入してください。

申し込み年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日		
氏名	ふじみ野 太郎		
生年月日	大正 昭和 30 年 4 月 × 日	年齢	70 歳
住所	ふじみ野市 福岡△ー△ー△		
電話番号	049 (○○○) ○○○○		
受診医療機関	川越 市 ・町	医療機関名: △△△クリニック	
医師名 (わかる場合)	○山△男		
理由	① かかりつけ医のため ②施設の指定医のため(施設名:) ②その他()		

★予防接種を受ける方へ・・・お読みください★

①今回の申請で带状疱疹の予防接種が受けられる期間は
令和7年4月1日～令和8年3月31日です。

※実施期間を過ぎると、この手続きで補助を受けることはできませんのでご注意ください。

②一度でも带状疱疹を接種したことがある方は、必ず医師と相談の上、
接種をご検討ください。

【対象者】 ※これ以降は職員が記入します。

※①または②に該当する方

①接種日に60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害があり
日常生活活動が極度に制限される方。

②令和7年度対象者

年齢	生年月日	職員確認欄			
65歳	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日	生年月日	住所	医療機関	接種歴
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		受付者 サイン		
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年4月1日				
100歳以上	大正14年4月1日以前				