

令和8年度带状疱疹予防接種県内乗り入れ申請書

届出者氏名 (続柄:)

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			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
住所	ふじみ野市		
電話番号	()		
受診医療機関	市・町	医療機関名:	
医師名 (わかる場合)			
ワクチン 希望のワクチンに☑を 付けてください	<input type="checkbox"/> 1回目(生ワクチン、組換えワクチン1回目) <input type="checkbox"/> 2回目(組換えワクチン2回目)		
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8年4月1日～令和9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。

※過去に带状疱疹の予防接種を受けたことがなく、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8年度対象者

年齢	生年月日	職員確認欄			
		生年月日	住所	医療機関	接種歴
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4月2日～昭和2年4月1日				

受付者
サイン