

令和8年度带状疱疹予防接種県内乗り入れ申請書

受付印

《記入見本》

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日	年齢	65 歳
住所	ふじみ野市 福岡△-△-△		
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		
ワクチン 希望のワクチンに☑を 付けてください	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目(生ワクチン、組換えワクチン1回目) <input checked="" 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(

・受ける種類が決まっ
ていない場合は、1回
目のみ☑してください。

・1回目、2回目両方に
☑があった場合は、2
枚予診票をお渡ししま
す。

★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