

令和7年度帯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)			
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今回の申請で帯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。

②一度でも帯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。

※過去に帯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				