

帯状疱疹定期予防接種申し込み書

令和 年 月 日

申請者氏名

【本人記入欄】

私は定期予防接種の説明を受け、理解した上で申し込みをします。

氏名 _____ 申請者との続柄 ()

生年月日 _____ 住所 小鹿野町

電話番号 _____

私は、今まで一度も帯状疱疹ワクチンを接種していません。はい・いいえ

いいえの場合

医師へ接種歴を伝えた上で、接種をしてもよいと言われました。はい・いいえ

接種予定日 令和 年 月 日

令和9年3月31日を過ぎると実費となるのでご注意ください。

【職員確認欄】

接種履歴なし (健康管理システム確認)

もしくは、接種歴があるが、医師からの同意あり

該当年齢 (該当年齢に✓)

《令和8年度》

対象者	生年月日
<input type="checkbox"/> 65歳となる方	昭和36年4月2日生 ~ 昭和37年4月1日生 (郵送済み)
<input type="checkbox"/> 70歳となる方	昭和31年4月2日生 ~ 昭和32年4月1日生
<input type="checkbox"/> 75歳となる方	昭和26年4月2日生 ~ 昭和27年4月1日生
<input type="checkbox"/> 80歳となる方	昭和21年4月2日生 ~ 昭和22年4月1日生
<input type="checkbox"/> 85歳となる方	昭和16年4月2日生 ~ 昭和17年4月1日生
<input type="checkbox"/> 90歳となる方	昭和11年4月2日生 ~ 昭和12年4月1日生
<input type="checkbox"/> 95歳となる方	昭和6年4月2日生 ~ 昭和7年4月1日生
<input type="checkbox"/> 100歳となる方	大正15年4月2日生 ~ 昭和2年4月1日生

窓口対応者 _____