

(長期療養用) 予防接種予診票 交付・再交付申請書

フリガナ

1 被接種者氏名

2 生年月日 大正・昭和 年 月 日 (満 歳)

3 住所 足立区

電話 ()

4 対象区分 * 申請するもの1つに○印をつけてください。

		対 象 者	○印
1	带状疱疹	年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳となる方	
2		60 歳以上 65 歳未満の方 (※2)	
3	肺炎球菌	65 歳の方	
4		60 歳～65 歳未満の方 (※3)	

※1 101 歳以上の方は、定期接種の対象者ではありません (令和7年度のみ対象でした)。

※2 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の身体障害1級相当の方が対象。身障手帳を必ず確認。

※3 心臓、腎臓、呼吸器、免疫機能の身体障害1級相当の方が対象。身障手帳確認。

5 理由 * 該当するものに○印をつけてください。

① 初めての申請 ② 紛失・汚損等のため再交付 ③ ワクチンの変更

6 带状疱疹の場合のみ * 該当するものに○印をつけてください。

带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか はい・いいえ

※過去に接種を受けたことがある方 (生・不活化を問わず、全額自費で接種を受けた方も含む) は定期接種の対象にはなりません。

年 月 日

申請者署名 続柄 ()

※ 被接種者が申請者でない場合は、住所・電話番号もご記入ください。

住 所

電話番号 ()

※ 職員 (受付者) 記入欄 (サインまたは押印すること)

※ 余白に郵送日を記入すること

収受印 (受付日)

(提出先) 足立区長