

大野城市高齢者帯状疱疹予防接種実施申請書

接種を希望される方へ：太枠内にご記入ください。

大野城市長 宛

次のとおり、大野城市高齢者帯状疱疹予防接種事業実施規則の規定により申請します。

また、自己負担金の決定に当たって、市が被保護世帯又は市民税非課税世帯に属するかどうか調査することに同意します。

申請者	申請日	年	月	日
住所	電話番号	()	—	
接種を受ける人の氏名	ふりがな			
生年月日	年	月	日生	(満 歳)

窓口に来られた方が申請者本人以外の場合

代理人住所				
代理人氏名 (代理人署名)	ふりがな	代理人の 電話番号	()	—
本人との続柄				
委任状	私（申請者）は上記の代理人に申請に係る権限を委任します。 年 月 日 委任者（申請者本人）氏名			

質問事項	回答欄		
接種を希望するワクチンの種類は右記のどれですか。	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） <input type="checkbox"/> 未定		
帯状疱疹ワクチンを接種したことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ(以下の回答は不要) <input type="checkbox"/> はい		
【以下の質問は、帯状疱疹予防接種を受けたことがある方のみ回答してください。】			
右記のうち、どの方法で接種しましたか。	<input type="checkbox"/> 自費 又は 地方公共団体の助成制度 <input type="checkbox"/> 令和7年4月1日以降、高齢者帯状疱疹予防接種		
どのワクチンを何回、いつごろ接種しましたか。	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	回	年 月頃
今回、帯状疱疹予防接種を受けることについて医師に相談し、医師は予防接種が必要と認めましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

〔 該当する場合は○で囲んでください。 非課税世帯 ・ 生活保護世帯 〕

市 使 用 欄	・決定通知書 <input type="checkbox"/> 1通：生ワクチン，不活化ワクチン（2回目），未定 <input type="checkbox"/> 2通：不活化ワクチン（1回目）
	・システム接種履歴 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（生・不活化） _____ 回
	【注意事項】 不活化ワクチンは、2回目の生ワクチン接種不可 及び 2か月以上接種間隔要