

【提出先】〒570-0033 守口市大宮通1丁目 13 番 7 号

※市役所と場所が異なります。

守口市市民保健センター3 階 健康推進課

Tel 06-6992-2217

帯状疱疹予防接種の「接種券・接種済証」発行申請書

守口市長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者 住所 _____

被接種者との関係

氏名 _____ ()

電話番号 _____

※ 被接種者が自署できない場合は、代理申請も可能です。
氏名欄の()内に被接種者との関係をご記入ください。

下記の者について、標記の発行を申請いたします。

発行を希望する理由	紛失のため ・ 転入のため ・ その他 ()		
過去の帯状疱疹ワクチン接種歴	☐ なし	☐ ある	→ ☐ ビケン1回・シングリックス2回 ⇒ ※原則、発行対象外 → ☐ シングリックス1回 ⇒ シングリックス2回目のみ発行
住 所	守口市		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	昭和 年 月 日		
対象者確認 ☐ にチェック して下さい	☐ 昭和 35 年 4 月 2 日～昭和 36 年 4 月 1 日生：対象年齢 65 歳 ☐ 昭和 30 年 4 月 2 日～昭和 31 年 4 月 1 日生：対象年齢 70 歳 ☐ 昭和 25 年 4 月 2 日～昭和 26 年 4 月 1 日生：対象年齢 75 歳 ☐ 昭和 20 年 4 月 2 日～昭和 21 年 4 月 1 日生：対象年齢 80 歳 ☐ 昭和 15 年 4 月 2 日～昭和 16 年 4 月 1 日生：対象年齢 85 歳 ☐ 昭和 10 年 4 月 2 日～昭和 11 年 4 月 1 日生：対象年齢 90 歳 ☐ 昭和 5 年 4 月 2 日～昭和 6 年 4 月 1 日生：対象年齢 95 歳 ☐ 大正 15 年 4 月 1 日以前生まれ：対象年齢 100 歳以上		
	☐ 60～64 歳で、かつ、 <u>ヒト免疫不全ウイルスによる免疫不全の障がい 1 級</u> ※昭和 36 年 4 月 2 日～昭和 39 年 4 月 1 日→令和 7 年 4 月 1 日から対象 ※昭和 39 年 4 月 2 日～昭和 40 年 4 月 1 日→60 歳のお誕生日の前日から対象		
添付書類	☐ 被接種者(接種する方)の本人確認書類(写し) ☐ 【60～64 歳の場合】身体障がい者手帳1級の写し ☐ 【郵送申請の場合】返信用封筒(宛名記入/110 円切手貼付)		※郵送で申請する場合は、必ずコピーを添付。 切手の提出がない場合は、窓口配布

以下、市職員が記入

確認事項 (☐ にチェック)	確認した市職員	受付日の記入 (または収受印)
接種履歴 ☐ 有 ☐ 無 → 「有」の場合 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目	(署名または押印)	