

【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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	→ <input type="checkbox"/> ビケン1回・シングリックス2回 ⇒※原則、発行対象外 → <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生：対象年齢65歳 <input type="checkbox"/> 昭和31年4月2日～昭和35年4月1日生：対象年齢70歳 <input type="checkbox"/> 昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生：対象年齢75歳 <input type="checkbox"/> 昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生：対象年齢80歳 <input type="checkbox"/> 昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生：対象年齢85歳 <input type="checkbox"/> 昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生：対象年齢90歳 <input type="checkbox"/> 昭和6年4月2日～昭和7年4月1日生：対象年齢95歳 <input type="checkbox"/> 大正15年4月2日～昭和2年4月1日生：対象年齢100歳 <input type="checkbox"/> 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37年4月2日～昭和40年4月1日→令和8年4月1日から対象 ※昭和40年4月2日～昭和41年4月1日→60歳のお誕生日の前日から対象		
添付書類	<input type="checkbox"/> 被接種者(接種する方)の本人確認書類(写し) <input type="checkbox"/> 【60～64歳の場合】身体障がい者手帳1級の写し <input type="checkbox"/> 【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(または收受印)
接種履歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →「有」の場合 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	(署名または押印)	