

令和8年度版

带状疱疹  
無料接種券

提出先①  
(窓口または郵送)

〒570-0033 守口市大宮通1丁目13番7号

守口市市民保健センター 3階

健康推進課

提出先②  
(原則、窓口のみ)

守口市役所本館 3階 南エリア

生活福祉課

※生活保護受給中の対象者のみ申請可能です。

市職員が  
記入

発行台帳  
の番号

带状疱疹予防接種「無料接種券」発行申請書

守口市長様 標記の件につきまして、下記のとおり申請します。 令和 年 月 日

1. 申請者

↓あてはまる口に✓してください。

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者(接種する人)本人が申請

代理で申請

被接種者との関係を( )内に記入

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

添付書類  
2点

①申請者の「本人確認書類※の写し」  ②(※郵送申請の場合) 返信用封筒 (宛名記入/110円切手貼付)

※本人確認書類とは、介護保険証・マイナンバーカード等のこと。

切手の提出がない場合は、窓口配布となります。

または

生活福祉課  
窓口のみ

ケースワーカー等による本人確認

※ケースワーカー等が、本人や関係者等と面識がある場合は、添付省略可能。

2. 被接種者 (接種する人)

氏名  申請者と同じ (記入不要)

" と異なる(要記入) → \_\_\_\_\_

生年月日 大正 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住所  申請者と同じ (記入不要)

" と異なる(要記入) → 守口市

生活保護受給中の  
確認チェック

生活保護受給中

生活保護は受給していない

生活保護受給者ではない場合は、  
「無料接種券」は発行できません

【接種券】【接種済証】  
の有無

持っている

持っていない

⇒持っていない場合は発行手続きが必要です

市民保健センター健康推進課へご連絡ください(06-6992-2217)

带状疱疹ワクチン  
の接種歴

接種歴なし

シングリックス1回  
接種済

⇒ 2回目分の無料  
接種券のみ発行

ビケン1回接種済  
シングリックス2回接種済

⇒原則対象外!

例外は健康推進課へ要確認

3. 定期接種対象者の確認

↓ 下記 (1) 又は (2) の該当する口にチェックし、添付書類を確認し、申請書とあわせてご提出ください。

- (1)
- |                          |   |               |
|--------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 昭和 36 年 4 月 2 日 ~ 昭和 37 年 4 月 1 日 生まれの方 | : 65歳になる年度の方  |
| <input type="checkbox"/> | 昭和 31 年 4 月 2 日 ~ 昭和 32 年 4 月 1 日 生まれの方 | : 70歳になる年度の方  |
| <input type="checkbox"/> | 昭和 26 年 4 月 2 日 ~ 昭和 27 年 4 月 1 日 生まれの方 | : 75歳になる年度の方  |
| <input type="checkbox"/> | 昭和 21 年 4 月 2 日 ~ 昭和 22 年 4 月 1 日 生まれの方 | : 80歳になる年度の方  |
| <input type="checkbox"/> | 昭和 16 年 4 月 2 日 ~ 昭和 17 年 4 月 1 日 生まれの方 | : 85歳になる年度の方  |
| <input type="checkbox"/> | 昭和 11 年 4 月 2 日 ~ 昭和 12 年 4 月 1 日 生まれの方 | : 90歳になる年度の方  |
| <input type="checkbox"/> | 昭和 6 年 4 月 2 日 ~ 昭和 7 年 4 月 1 日 生まれの方   | : 95歳になる年度の方  |
| <input type="checkbox"/> | 大正 15 年 4 月 2 日 ~ 昭和 2 年 4 月 1 日 生まれの方  | : 100歳になる年度の方 |

添付書類

被接種者の「本人確認書類」の写し

※本人確認書類とは、介護保険証・マイナンバーカード等のこと。  
窓口申請の場合は、本人確認書類(原本)の提示による添付省略可。

または

生活福祉課  
窓口のみ

ケースワーカー等による本人確認

※ケースワーカー等が、本人や関係者等と面識がある場合は、添付省略可能。

- (2)  ヒト免疫不全ウイルスによる免疫不全の障がい1級で、60歳~64歳

⇒【接種券】【接種済証】の発行手続きが必要です  
健康推進課へご連絡ください(06-6992-2217)

60歳 ~ 64歳: (  昭和 37 年 4 月 2 日 ~ 昭和 40 年 4 月 1 日 生 ) ※令和8年4月1日より接種可能

59歳 → 60歳: (  昭和 40 年 4 月 2 日 ~ 昭和 41 年 4 月 1 日 生 ) ※60歳の誕生日の前日から接種可能

添付書類  
(省略不可)

「ヒト免疫不全1級」を確認できる「手帳or診断書」の写し

この枠内は、市職員記入欄です。

上記の者は、令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 現在、  
生活保護法による被保護者である。

宛名番号

←健康推進課使用欄

収  
受  
印

確  
認  
者

署名または押印