

山北町帯状疱疹予防接種（定期接種）申込書

被接種者 (予防接種を受ける方)	住 所	山北町		
	ふ り が な		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	電 話 番 号	— —		
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	帯 状 疱 疹 予 防 接 種 の 有 無	無し ・ 有り (不活化ワクチン1回目接種日: 年 月 日) ※過去に接種を受けた方は、助成対象外 (不活化ワクチン2回 目のみが未接種の場合は、2回目のみ助成対象)		
	接 種 区 分	定期予防接種（該当するところに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> ①年度内に 65 歳を迎える方 <input type="checkbox"/> ②接種日において 60～64 歳の方でヒト免疫不ウ イルスによる免疫の機能障害があり日常生活 がほとんど不可能な方（身体障害者手帳1級相 当の方）（※1） <input type="checkbox"/> ③令和7年度から令和11年度までの5年間の経 過措置として、その年度内に70、75、80、85、 90、95、100歳となる方		
	助 成 区 分	<input type="checkbox"/> 一般高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者等（※2）		
接 種 予 定 医 療 機 関				

※1※2に該当する方は、身体障害者手帳、生活保護受給者証等をお持ちになりお越し
 ください。なお、下記に同意をいただいた方は、申込書（本状）の提出のみで結構です。

身体障害者手帳の交付の有無、生活保護受給者であることを 確認するため、職員が県及び町の関係機関に確認することに	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
--	---