# 令和７年度　帯状疱疹予防接種券発行申請書

## 質問項目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 質問 | 該当の箇所に〇 |
|  | **令和７年度の対象者ですか？** | **はい****質問２へ** | **いいえ****【発行不可】** |
|  | **過去に帯状疱疹予防接種を受けたことがありますか？** | **いいえ****質問６へ** | **はい****質問３へ** |
|  | **１で「はい」の場合、生ワクチン・組替ワクチンのどちらを受けましたか？** | **組換****質問４へ** | **生****質問５へ** |
|  | **２で「組換えワクチン」に〇をした場合、何回受けましたか？** | **２回****質問５へ** | **１回****質問６へ** |
|  | **接種する医師に再度の接種が必要と言われましたか？** | **はい****質問６へ** | **いいえ****【発行不可】** |
|  | **接種券の有効期限（利用期限）は令和８年３月３１日までです。** | **承諾した****【発行可】** | **承諾できない****【発行不可】** |

次の通り帯状疱疹予防接種券（予診票）の発行を申請します。

|  |
| --- |
| **接種券の発行を希望する理由に✓してください** |
| * 転入のため（転入日　　　　　　　年　　　　月　　　　日）
 |
| * 紛失のため
 |
| * 過去に帯状疱疹任意予防接種助成事業を利用し接種券が届いていないため
 |
| * 60歳～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令に定める（身体障害者手帳１級に該当する方）疾患があるため

※次のいずれかの添付書類を提出しください。　前述の状態であることがわかる「①身体障害者手帳１級の写し」又は「②診断書」 |

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）

接種対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　生年月日　Ｓ　　　年　　月　　日（　　歳）

住所　姫路市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　-　　　　-

※以下は保健所記入欄につき、記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日・発行日 | * + ・
 | 対象年齢の確認 | 確認した　□ |
| □予診票発行　 | 接種歴の確認　□ | （　　　　　）ＨＣ・ＳＣ | 受付者 |  |
| 備考欄 |

（問い合わせ先）

　　姫路保健所　予防課　予防接種担当　℡０７９－２８９－１７２１

　　〒６７０－８５３０　姫路市坂田町３番地

