様式第１号（第６条関係）

上天草市帯状疱疹予防接種申請書

年　　　月　　　日

　上天草市長　　　　　　様

申請者　住所

氏名

電話（　　　　）　　　－

　帯状疱疹予防接種を受けたいので、上天草市帯状疱疹予防接種事業実施要綱第６条第２項の規定により申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 上天草市 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 医療機関 |  |
| 接種予定日 |  |
| 被接種者の区分及び市負担額 | 該当する欄に○ | 被接種者の区分 | ワクチンの種類 | 市負担額 |
|  | （１）　６５歳の者（※１）又は６０歳以上６５歳未満の内部疾患を有する者（※２） | 生ワクチン |  |
|  | 組換えワクチン |  |
|  | （２）　５０歳以上の者（（１）に該当する者を除く。） | 生ワクチン |  |
|  | 組換えワクチン |  |
|  | （３）１８歳以上５０歳未満の者（※３） | 組換えワクチン |  |
|  | （４）　（１）～（３）に該当する者のうち、生活保護の規定による生活扶助を受けるもの | 生ワクチン |  |
|  | 組換えワクチン |  |

※１　令和７年度から令和１１年度までの間は、該当年度に６５歳、７０歳、７５歳、８０歳、８５歳、９０歳、９５歳又は１００歳となる者（令和７年度のみ１００歳以上も対象）

※２　ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

※３　疾病又は治療により免疫不全である者、免疫の機能が低下した者又は免疫の機能が低下する可能性がある者その他医師が予防接種を行う必要があると認めた者