

# 高齢者の带状疱疹ワクチン定期予防接種 接種券発行申請書

受付日 年 月 日

(宛先) 池田市長

私は高齢者の带状疱疹ワクチン定期予防接種の接種券発行を希望します。

右の記載内容を  带状疱疹の予防接種を受けるに当たり、当該予防接種の接種歴について  
ご確認の上、 を → 確認を行い、下記の通り間違いないことを確認しました。  
ご記入ください  生ワクチンの接種者で2回以上接種した場合や、不活化（組換え）ワクチン  
の接種者で3回以上接種した場合は、その接種分は全額自己負担となること  
に同意します。

※ 申請手続きを代理人に委任する方は、必ず事前にご本人が太枠内の欄をご記入いただくようお願いいたします。

申請者 （接種券を 受け取る方）	氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	( 歳)	
	住所	池田市					
	電話						
発行理由	<input type="checkbox"/> 紛失						<input type="checkbox"/> 転入新規
	<input type="checkbox"/> 破損						<input type="checkbox"/> その他( )
定期 予防 接種 歴	<input type="checkbox"/> ① 一度も接種していない						
	<input type="checkbox"/> ② 生ワクチン1回目を接種	接種日	令和	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> ③ 不活化（組換え）ワクチン1回目を接種	接種日	令和	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> ④ 不活化（組換え）ワクチン2回目を接種	接種日	令和	年	月	日	
	※ 接種歴又は接種日が不明の場合は、接種券の発行が出来かねます。 ※ ②又は④に該当する場合も、接種券の発行が出来かねます。						

60歳～64歳の方で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能による障がいをもつ方  
(身体障害者手帳1級相当)は、以下のいずれかの書類をご持参ください。

- ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能による障がいを受けたことが記載された  
身体障害者手帳（1級）
- 医師からヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能による障がいとして、  
身体障害者手帳1級相当と認定された文書

## 委任状

私は下記の者を代理人と定め、上記の高齢者の带状疱疹ワクチン定期予防接種の  
接種券発行申請に係る権限を委任します。

代理人	氏名						
	住所						
	電話						
	申請者との続柄						

