

春日市高齢者带状疱疹予防接種事業実施申請書

接種を希望される方へ：太枠内にご記入ください。

(宛先) 春日市長

次のとおり、带状疱疹予防接種を接種したいので、春日市予防接種実施要綱第13条第1項の規定により申請します。

また、自己負担金の決定に当たって、被生活保護世帯又は世帯全員が市民税非課税かどうか調査することに同意します。

申請者		申請日	年 月 日
住所	春日市		
接種を受ける人の氏名	ふりがな	電話番号	() —
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	性別	

窓口に来られた方が代理人（本人以外の場合）の場合

代理人住所			
代理人氏名	ふりがな	電話番号	() —
本人との続柄	☐ 同居の家族 ☐ 施設職員 ☐ その他 ()		
代理人が同居の家族以外の場合は、さらに次の委任状が必要です			
代理人が同居の家族以外の場合 委任状	私（申請者）は上記の代理人を本事業に係る代理人と認め、申請に係る権限を委任します。 また、自己負担金の変更のためにマイナンバーを利用し、地方税関係情報を取得する場合は、上記代理人が同意書に署名することを委任します。 年 月 日 委任者（申請者本人）氏名		

審査及び決定のため、以下の質問に回答してください（☒チェックを付けてください）。

質問事項	回答欄
接種を希望するワクチンの種類は右のどれですか。	☐ 医師と相談して決める(未定) ☐ 生ワクチン（ビケン） ☐ 組換え(不活化)ワクチン（シングリックス） ☐ 1回目 ☐ 2回目
带状疱疹ワクチンを接種したことがありますか。	☐ いいえ(以下の回答は不要) ☐ はい
以下の質問は、 <u>带状疱疹ワクチンを接種したことがある方のみ回答</u> してください。	
今回带状疱疹予防接種を受けることについて医師に相談し、医師は予防接種が必要と認めましたか。	☐ はい ☐ いいえ
次のうちどの方法で接種しましたか。	☐ 自費・他自治体の助成制度 ☐ 令和7年4月1日以降、市の高齢者带状疱疹予防接種
どのワクチンを何回、いつごろ接種しましたか	☐ ビケン ☐ シングリックス 回 年 頃