

【令和7年度用】広島市帯状疱疹ワクチン接種券 交付申請書

(あて先) 広島市長

申請日 令和 年 月 日

帯状疱疹ワクチン接種券の交付を申請します。
なお、申請に当たっては、次のことに同意します。

- 今後、この申請以前に広島市が交付した接種券が発見された場合には、申請者は、当該接種券を使用することなく、速やかに各保健センターへ返却すること（紛失・き損の場合に限る）
- 広島市が交付した接種券を使用して、帯状疱疹ワクチンを規定の回数より多く接種した場合には、多く接種した分の接種費用について、全額、申請者が負担すること
- この申請に必要な情報（住所、氏名、年齢等）について、広島市が住民基本台帳により確認すること
- 交付する接種券は、**令和8年3月31日**までに限り使用できること

被接種者（申請者）以外（ご家族や介護者など）が申請手を代理するときは以下にご記入ください。

代理者	住所	〒		
	電話番号	— —		
	氏名		続柄等	

※施設等の職員の場合、住所欄には施設等の所在地を記載、続柄等欄には施設名及び職名を記載してください。

被接種者（申請者） ※太枠の中にご記入ください。

住所 ※住民登録しているところを記載	〒			
	広島市		区	
電話番号	— —			
氏名	カナ		性別	男・女
生年月日	大正・昭和	年	月	日
対象年齢確認	<input type="checkbox"/> 65歳（S35.4.2～S36.4.1生）	<input type="checkbox"/> 70歳（S30.4.2～S31.4.1生）		
	<input type="checkbox"/> 75歳（S25.4.2～S26.4.1生）	<input type="checkbox"/> 80歳（S20.4.2～S21.4.1生）		
	<input type="checkbox"/> 85歳（S15.4.2～S16.4.1生）	<input type="checkbox"/> 90歳（S10.4.2～S11.4.1生）		
	<input type="checkbox"/> 95歳（S 5.4.2～S 6.4.1生）	<input type="checkbox"/> 100歳（T14.4.2～T15.4.1生）		
	<input type="checkbox"/> 101歳以上（T14.4.1以前生）			
	<input type="checkbox"/> 60～64歳（接種時点の左記満年齢で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有し、身体障害者手帳1級に相当する人）			
交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 再転入 <input type="checkbox"/> 広域接種 <input type="checkbox"/> その他() 自己負担免除 有・無			
ワクチン接種歴	ワクチン種類： <input type="checkbox"/> 組換えワクチン（シングリックス） <input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン） 接種歴： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回（シングリックス・ビケン） <input type="checkbox"/> 2回（シングリックス）			

交付対象の接種券 ※保健センター記入

市内接種券	<input type="checkbox"/> シングリックス（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> ビケン
広域接種券	<input type="checkbox"/> シングリックス（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> ビケン
医療機関に接種するワクチンを確認 <input type="checkbox"/>	医療機関名： 所在地：

広島市受付課記載欄	確認事項	接種券番号	係	係長	課長
	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 接種歴（予防システム）	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 代理者確認 <input type="checkbox"/> 非課税証明確認 <input type="checkbox"/> 市内券回収	接種券番号： （個人特定番号） ID番号（広域）：	/	/