

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種お知らせはがき再発行・新規発行申込受付票

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種(定期)の費用助成を希望するため、以下のとおり申込み又は申請します。
申込み又は申請をするにあたり茨木市長に住民基本台帳を閲覧されることを承諾します。

(申請先) 茨木市長 ※太枠内をご記入ください。

接種を受ける者	フリガナ		申請日	年 月 日	
	氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日	大正 ・ 昭和
	住 所	住民登録をしている住所 茨木市			年 月 日
	電話番号	— —			(満 歳)
申請者	☐ 本人 ☐ 代理人 氏名 () 続柄 () 電話番号 (— —)				
上記住所以外へ 送付希望の場合 の送付先	〒			様	
			電話番号 ()		
1	過去に带状疱疹予防を目的とした带状疱疹ワクチンの予防接種を受けたことはありますか。			☐ 一度も受けたことがない ☐ 受けたことがある	
	※過去に带状疱疹予防を目的とした以下のワクチンいずれかについて 上限回数を接種済みの場合、原則、定期接種の対象外となります。 ・乾燥弱毒生水痘ワクチン (上限回数:1回) ・乾燥組換え带状疱疹ワクチン (上限回数:2回)			接種日: 年 月 日 ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回 ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 2回 ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回	
2	接種を受ける医療機関は決まっていますか。			☐ 決まっている ☐ 決まっていない	
	※予約が必要な医療機関がありますので、事前にご確認ください。			一覧表 広報・HP	
3	「決まっている」 場合	① ☐ 茨木市内 ☐ 市外の市区町村		※市外の市区町村の場合、別途「高齢者 带状疱疹ワクチン予防接種実施依頼書交 付申請書」の申請が必要です。	
		② 接種予定日 令和 年 月 日		※乾燥組換え带状疱疹ワクチンを2回接種 予定の場合は、1回目の接種予定日	

職員記入欄

お知らせはがき	☐ 無 ☐ 紛失	No.	
はがきが無い場合 の理由	☐ 市外からの転入のため ☐ 接種時に満60歳以上65歳未満(該当する身体障害者手帳1級または医師の診断書必要) ☐ その他()		
区分	①	☐ 65歳	
	・70～100歳は経過措置期間のみ	☐ 70歳	☐ 75歳 ☐ 80歳 ☐ 85歳
	・101歳以上は令和7年度のみ	☐ 90歳	☐ 95歳 ☐ 100歳 ☐ 101歳以上
	② 接種時に満60歳以上65歳未満(該当する身体障害者手帳1級または医師の診断書必要)		

1	申請方法	窓口 ・ 電話 ・ 電子 ・ 郵送 ・ その他()	収 受 印	
2	住民登録状況の確認(⑧の場合、該当有無も確認)	☐		
3	接種歴(助成歴)の確認(健康かるて)	☐ 無 ・ ☐ 有		
4	お知らせはがき送付歴の確認(健康かるて)	☐ 無 ・ ☐ 有		
5	お知らせはがき送付日(健康かるて)	年 月 日		
6	申請入力	☐		
7	委託医療機関以外で接種希望:依頼書、還付	☐ 不要 ・ ☐ 要	確 認	受 付
8	交付物	☐ はがき(再)発行 ☐ 予診票		
9	交付方法	☐ 窓口渡し ☐ 郵送		
10	交付日	年 月 日		