

令和7年度 带状疱疹ワクチン接種申込書兼同意書

下記に○をした予防接種を申し込むと同時に接種費用の一部負担金に関する事項について調査されることに同意します。

※接種費用の一部負担金は世帯の町民税課税状況により金額を決定しますので、課税調査が必要です。

記入日:令和 年 月 日

① 接種を受ける方の氏名	フリガナ _____	② 性別	男 ・ 女	③ 生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
④ 住民登録の住所	〒 _____				
⑤ 電話番号	(日中の連絡先)				
⑥ 接種予定日	令和 年 月 日 予約済・未定				
⑦ 現住所	住民登録と異なる場合は記入してください。				
⑧ 予防接種医療機関	※必ずご記入ください。 (医療機関名) (市町)				
⑨ 予診票の送り先	該当する方に○をつけてください。 ④ 住民登録の住所 ⑦ 現住所	その他の住所と宛名 〒 -			

太枠内をもれなく記入し、下記に郵送にてお申し込みください。受付終了後、予診票を送付いたします。

【宛先】 〒610-0302 京都府綴喜郡井手町井手橋ノ本13

井手町保健センター

電話 0774-82-3385

センター記入欄	受付印	受け付け方法	処理日
		来所・郵送・その他	
対象者区分	① 年度内に 65、70、75、80、85、90、95、100 歳、101歳以上 ※ 年度末年齢 ② 年度内に60～64 歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり日常生活がほとんど不可能な方(身体障がい者手帳1級相当) ※ 接種日現在の年齢		