

# 带状疱疹予防接種 接種券交付申請書

提出先: 〒204-8511 清瀬市中里 5-842 清瀬市生涯健康部健康推進課健康推進係

申請日	令和 年 月 日
氏名(接種を受ける人)	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	清瀬市
電話	
確認事項	今までに市の補助を受け、带状疱疹ワクチン※を接種したことがありますか。 ( はい・いいえ ) →「はい」の場合は発行できません。 ※ 生ワクチン(阪大微研:乾燥弱毒性水痘ワクチン「ビケン」) もしくは 組換えワクチン(GSK社:シングリックス)

接種券は、接種を受ける人本人の住民票上の住所に送付されます。

## 代理人記入欄

- 本人以外の方が記入する場合のみご記入ください。
- 同世帯ではない親族や代理人が記入をする場合は、委任状を添付してください。

氏名	(続柄 )
生年月日	年 月 日
住所	
電話	

担当課使用欄

接種歴 システム確認

特記事項 システム入力