

令和8年度 石岡市 带状疱疹・高齢者肺炎球菌予防接種予診票(再)交付申請書

太枠の中をご記入ください。

対象者氏名 <small>ふりがな</small>	
住所	石岡市
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳 か月)
申請理由	1 転入 転入日: 前住所:
※該当する番号に ○をつけてください	2 紛失・何らかの理由で予診票が届かない
	3 その他 (予診のみで使用・対象年齢到達・任意接種希望・)
【同意事項】 各予防接種ごとに定められた年齢・回数の範囲外で接種を受けた場合は、接種費用は自己負担となることに同意します。 任意接種の場合、接種後の健康被害が生じた際は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づくものとなります。 年 月 日 石岡市長 あて 申請者氏名 (続柄:)	

带状疱疹： 1枚発行 (生 組換え 1回目接種日: 年 月 日) 2枚発行

<input type="checkbox"/> 定期 1枚発行	<input type="checkbox"/> 接種歴なし ※生ワクチン1回または組換えワクチン2回の接種歴がある場合は対象外	<input type="checkbox"/> 65歳 S36.4.2 から S37.4.1 生まれ <input type="checkbox"/> 75歳 S26.4.2 から S27.4.1 生まれ <input type="checkbox"/> 85歳 S16.4.2 から S17.4.1 生まれ <input type="checkbox"/> 95歳 S6.4.2 から S7.4.1 生まれ	<input type="checkbox"/> 70歳 S31.4.2 から S32.4.1 生まれ <input type="checkbox"/> 80歳 S21.4.2 から S22.4.1 生まれ <input type="checkbox"/> 90歳 S11.4.2 から S12.4.1 生まれ <input type="checkbox"/> 100歳 T15.4.2 から S2.4.1 生まれ
<input type="checkbox"/> 任意 生:1枚発行 組換え:2枚発行	<input type="checkbox"/> 助成歴なし ※生ワクチン1回または組換えワクチン2回の助成歴がある場合は対象外	<input type="checkbox"/> 50歳以上 および 定期以外 <input type="checkbox"/> 石岡市医師会管内で接種予定(管外は償還払い・予診票発行しない)	

高齢者肺炎球菌

<input type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> 接種歴なし	<input type="checkbox"/> 接種日当日 65歳 <input type="checkbox"/> 60-64歳(心臓・腎臓・呼吸器・免疫不全等の障害で、身体障害者手帳1級)
<input type="checkbox"/> 任意	<input type="checkbox"/> 助成歴なし <input type="checkbox"/> 接種が H26.4.1 以前 ※助成歴がある場合は対象外	<input type="checkbox"/> 接種日当日 66歳以上 <input type="checkbox"/> 石岡市医師会管内で接種予定(管外は償還払い・予診票発行しない)

受付日	年 月 日	来所者	申請者・他()		
確認物	免許証・保険証・マイナンバーカード その他()	健康管理システム 確認	<input type="checkbox"/> 住民確認 <input type="checkbox"/> 対象年齢確認 <input type="checkbox"/> 接種歴なし確認	窓口 対応者	

