

函南町帯状疱疹ワクチン予診票発行申請書

令和 年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 ^{ふりがな}氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

下記のとおり函南町帯状疱疹ワクチン予診票の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 -
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
予防接種の種類 ※該当する項目に○			乾燥弱毒生水痘ワクチン（1回接種）
			乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）1回目
			乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）2回目 （1回目接種日 令和 年 月 日）

【誓約・同意事項】

私（被接種者）は、下記について理解し、以下の内容について同意いたします。

- 対象の予防接種は任意の予防接種であり、ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で接種します。
- 函南町長がこの申請の内容を確認するため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。また、医療機関等における情報について、函南町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- 私は過去に同ワクチンの助成金等の交付を受けていません。
- 予診票発行後、予防接種日以前の間に住民でなくなった場合は、予診票を使用しません。誤って使用した場合は、助成額分を医療機関に支払います。

裏面あり

【確認事項】

- 帯状疱疹ワクチンを5年以内（令和2年以降）に接種していない。

接種している場合は接種日 接種の種類を記載

生ワクチンであれば5年、不活化ワクチンでは10年効果が持続するといわれていますので、今回は接種する必要がないと思います。→申請不受理

乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種の種類に選んだ場合にお答えください。

- 先天性及び後天性免疫不全、免疫抑制状態に該当しない。

生ワクチンの接種において先天性及び後天性免疫不全及び薬剤などによる治療を受けていて免疫抑制状態の方は接種をしてはいけない方に該当します。

→申請不受理もしくは予防接種の種類を不活化ワクチンに変えてください。

ただし、医師の判断によって不活化ワクチンでも接種できないこともあります事をご了承ください。