

毛呂山町予防接種予診票（定期接種）交付申請書

令和 年 月 日

毛呂山町長 井上健次 宛

住 所 毛呂山町

申請者 氏 名

被接種者との続柄

被接種者	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）		
	住 所	毛呂山町		
	電話番号			
予防接種	種 類	带状疱疹（ 生ワクチン・不活化ワクチン ）		枚
		高齢者肺炎球菌		枚
		高齢者インフルエンザ		枚
		高齢者新型コロナウイルス感染症		枚
医療機関	医療機関名	（予定でも可能）		
	所在地	埼玉県（ ）市・町		

【対象者】毛呂山町に住民登録があり、以下に該当する方

- 带状疱疹：①年度末現在で65、70、75、80、85、90、95、100歳の方②101歳以上の方③60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方
- 高齢者肺炎球菌：①65歳の方②60歳以上65歳未満で心臓疾患等のある身障1級程度の方
- 高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症：①65歳65歳以上の方②60歳以上65歳未満で心臓・腎臓または呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方

【保健センター担当処理欄】※脾臓確認は高齢者肺炎球菌の方のみ確認

担当者	住基確認	年齢確認	代理人確認	履歴確認	情報連携	脾臓確認