

見本

接種を受ける方へ。必ずお読みください。

- 接種を受ける前に、同封のちらしをご確認ください。
- 接種を受ける前に、医療機関に予約をしてください。
- 接種当日は、この接種券と本人確認書類を接種医療機関へお持ちください。(持ち物の詳細は、同封のちらしをご確認ください。)
- その他、ご不明な点は下記までお問い合わせください。

【シニア予防接種コールセンター】

TEL:078-777-4349 FAX:078-291-5953

受付時間:月～金(土日祝除く)8:45～17:30

带状疱疹ワクチン 組換えワクチン2回目 予防接種券

- この接種券は、带状疱疹ワクチンの組換えワクチン「2回目」の接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方は、接種前に下記の太枠内をボールペン等消えないペンで漏れなく記入し、右の接種済証を切り取らずに医療機関に提出してください。
- 予防接種券は接種日時時点で、神戸市に住民登録がなければ使用できません。

|          |                                 |                                      |        |                  |  |
|----------|---------------------------------|--------------------------------------|--------|------------------|--|
| 有効期限     | 令和8年3月31日                       | 過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了されている方は、原則、定期接種の対象外 |        |                  |  |
| 住民登録の住所  | 見本                              |                                      |        |                  |  |
| ふりがな     |                                 |                                      |        |                  |  |
| 本人氏名(自署) | 費用補助を下記医療機関が代理で請求及び受領することに同意します | 性別                                   | 接種ワクチン | 組換えワクチン(シングリックス) |  |
| 生年月日     | 年 月 日                           | 令和                                   | 医療機関   | 医療機関コード          |  |
| 年齢       | 歳                               |                                      |        |                  |  |
| 電話番号     |                                 | 接種日                                  | 接種医    | ワクチンシール貼付        |  |

接種医療機関は裏面も記入してください。

带状疱疹ワクチン 組換えワクチン1回目・生ワクチン 予防接種券

- この接種券は、带状疱疹ワクチンの組換えワクチン「1回目」・生ワクチンの接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方は、接種前に下記の太枠内をボールペン等消えないペンで漏れなく記入し、右の接種済証を切り取らずに医療機関に提出してください。
- 予防接種券は接種日時時点で、神戸市に住民登録がなければ使用できません。

|          |                                 |                                      |        |            |  |
|----------|---------------------------------|--------------------------------------|--------|------------|--|
| 有効期限     | 令和8年3月31日                       | 過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了されている方は、原則、定期接種の対象外 |        |            |  |
| 住民登録の住所  | 見本                              |                                      |        |            |  |
| ふりがな     |                                 |                                      |        |            |  |
| 本人氏名(自署) | 費用補助を下記医療機関が代理で請求及び受領することに同意します | 性別                                   | 接種ワクチン | 生ワクチン(ビケン) |  |
| 生年月日     | 年 月 日                           | 令和                                   | 医療機関   | 医療機関コード    |  |
| 年齢       | 歳                               |                                      |        |            |  |
| 電話番号     |                                 | 接種日                                  | 接種医    | ワクチンシール貼付  |  |

接種医療機関は裏面も記入してください。

带状疱疹ワクチン2回目

接種済証(被接種者本人控え)

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

|                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 本人氏名                |                               |
| 接種日                 | 令和 年 月 日                      |
| ワクチンの種類             | 組換えワクチン(シングリックス)<br>ワクチンシール貼付 |
| 医療機関名               |                               |
| 医師名<br>自署又は<br>記名押印 | 印                             |

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。大切に保管してください。

带状疱疹ワクチン1回目

接種済証(被接種者本人控え)

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

|                     |                                                               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------|
| 本人氏名                |                                                               |
| 接種日                 | 令和 年 月 日                                                      |
| ワクチンの種類             | 生ワクチン(ビケン)<br>組換えワクチン(シングリックス)<br>(該当ワクチンに○をつける)<br>ワクチンシール貼付 |
| 医療機関名               |                                                               |
| 医師名<br>自署又は<br>記名押印 | 印                                                             |

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。大切に保管してください。