

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関連絡先

医療機関名

院長名

令和8年度 高松市帯状疱疹予防接種実施報告書  
(乾燥組換え帯状疱疹ワクチン「シングリックス」用)

( 月分)

事項 区分	被接種者			
	令和8年度に 65、70、75、80、85、90、95 及び100歳になる方		「予防接種対象者確認書」又は 「身体障害者手帳写」を持参した 60歳～64歳	
	1回目	2回目	1回目	2回目
自己負担金 徴収者	件	件	件	件
自己負担金 免除者 (生活保護受給者等)	件	件	件	件
自己負担金 一部免除者 (非課税世帯)	件	件	件	件

接種不可(見合わせ) 保険診療をしなかった場合 ※予診票に署名、見合わせた日付を記入すること	件
---	---

## 添付書類

- (1) 予診票 (2枚複写の1枚目)
- (2) 自己負担金減免対象者は、その証明書
- (3) 60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能により、身体障害者手帳1級を有する者は予防接種対象者確認書又は身体障害者手帳の写し

※(2)・(3)については、該当予診票の後ろにホッチキスで添付※ホッチキスは左上1か所でとめてください

◆送付先：〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所 感染症対策課 TEL(087)839-2870 FAX(087)813-0221
◆送付期限：翌月の10日(土・日・祝日の場合はその翌平日)まで ※8月分(令和8年9月10日締切分)以降は、実施していない場合も0件として報告すること。(0件の場合FAX可)