

様式第1号(第5条関係)

本山町帯状疱疹任意予防接種券交付申請書

年 月 日

本山町長 様

申請者 郵便番号
 住 所
 氏 名 ⑩
 電話番号
 (交付希望者との関係：)

帯状疱疹任意予防接種を受けたいので、本山町帯状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条2項の規定により、接種券の交付を申請します。

交付希望者	(住 所) 本 山 町
	(フリガナ)
	(氏 名)
	(生 年 月 日) 年 月 日生
	(生活保護受給) <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
	(電 話 番 号)
予 防 接 種 歴	帯状疱疹予防接種を受けたことが <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない
	→ ※「ある」の場合： (年 月) 頃に (回) 接種済
	→ ※ワクチンの種類： 水痘ワクチン ・ 帯状疱疹ワクチン

※ 水痘ワクチン1回または帯状疱疹ワクチン2回を接種済みの方は対象外となります。

【応対者確認欄】

- ①申請者確認書類 マイナンバーカード 運転免許証 健康保険証 その他 ()
 ②接種歴確認方法 接種証明書類 本人または申請者の申告 その他 ()
 ※証明書類を持参している場合は、写しをとって添付してください

【担当課記入欄】

決 裁	課 長	課長補佐	班 長	担 当	生活保護担当	助成区分
					受給(有・無)	減 額 ・ 全 額

(確認日： 年 月 日)