

様式第1号（第6条関係）

带状疱疹予防接種助成申請書

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 ()

下記のとおり、带状疱疹予防接種を受けたいので申し込みます。

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--------------------|
| 接種を受ける人 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 生年 月日 | 年 月 日生 (満 歳 か月) |
| 受ける予防接種の種類 | <input type="checkbox"/> 生ワクチン(水痘ワクチン) <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン(带状疱疹ワクチン) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) | | | |
| 接種を希望する 医療機関 | 所在地 | | | |
| | 医 療 機 関 名 | | | |
| 接種希望日 | 年 月 日 | | | |
| 地方公共団体の助成で带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。 | | | はい・いいえ | |