

# 大崎町帯状疱疹ワクチン任意予防接種予診票発行申請書

令和 年 月 日

大崎町長 殿

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
住所 大崎町 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

帯状疱疹ワクチン任意予防接種に係る費用の助成を希望するため、次のとおり予診票の発行を申請します。

ワクチンの種類 (①・②いずれかの ワクチンに☑) ※両方は接種できません	<input type="checkbox"/> ① 生ワクチン(1回接種)
	<input type="checkbox"/> ② 不活化ワクチン(2回接種) <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 2回目のみ接種  ※不活化ワクチンの1回目をすでに接種している場合は、1回目接種日を記入してください。1回目接種と2回目接種の間隔が6か月を超えると、助成の対象となりません。  不活化ワクチン 1回目接種日：令和 年 月 日
同意確認欄 (いずれかひとつに☑)	私は、これまでに帯状疱疹ワクチン任意予防接種に係る費用の助成を <input type="checkbox"/> 受けたことがありません。 <input type="checkbox"/> 受けたことがあります。
送付先住所 (いずれかひとつに☑)	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ
	<input type="checkbox"/> その他 〒 _____