

大崎町帯状疱疹ワクチン予防接種予診票発行申込書

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し込みます。

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	☐ ① 生ワクチン(1回接種)
	☐ ② 不活化ワクチン(2回接種) ☐ 2回接種 ☐ 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予防接種に係る費用の助成を ☐ 受けたことがありません。 ☐ 受けたことがあります。
送付先住所 (いずれかひとつに☑)	☐ 申込者の住所と同じ
	☐ その他 〒 _____