

带状疱疹任意予防接種予診票発行申請書

申請日 令和 年 月 日

みどり市長 様

下記のとおり、带状疱疹任意予防接種予診票の発行について申請いたします。

なお、対象者であることを確認するため、申請内容について必要により市が保有する個人情報进行调查及び確認することに同意します。

記

住所	みどり市 笠懸・大間々・東 町 番地 ※接種日にみどり市に住民登録がない場合には全額自己負担となります。		
被接種者氏名	ふりがな -----		
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳) ※接種日に50歳未満の場合には全額自己負担となります。		
電話番号	- -		
申請者 (代理人の場合)		続柄	
接種希望ワクチン	<input type="checkbox"/> 生ワクチン：乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン：乾燥組換え带状疱疹ワクチン「シングリックス」		
発行方法	<input type="checkbox"/> 郵送 ※申請書の受理から1週間ほどかかります。 <input type="checkbox"/> 健康管理課窓口での受け取り ※受け取りの際は身分証明書をご持参ください。 代理人の場合は代理人と本人の身分証明書をお願いします。		

市記入欄

確認事項	<input type="checkbox"/> みどり市に住民登録がある	受 付
	<input type="checkbox"/> 接種日時時点で50歳以上である	
対応	<input type="checkbox"/> 過去に带状疱疹予防接種費用の助成を受けていない。	
	<input type="checkbox"/> 申請方法：窓口・電話・メール・()	
対 応	<input type="checkbox"/> 確認者：	
	<input type="checkbox"/> 発 行：窓口・郵送 受付日 または 令和 年 月 日	