

様式第2号（第5条関係）

高浜町帯状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

高浜町長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(接種を受ける者との続柄) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

高浜町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

接種を受ける者	住 所	(接種日時点の住民票の住所を記載してください) 高浜町
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	( ) 歳
接種歴 (これまでの接種歴を記入してください。不活化ワクチン1回目接種済みの場合は、費用助成の有無について○をしてください。)	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン) 接種年月日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン) 1回目 接種年月日 年 月 日 【高浜町の費用助成 あり (任意・定期) ・なし】 2回目 接種年月日 年 月 日	
接種予定月	年 月	
接種予定医療機関		
同意書		
○対象の予防接種は、任意の予防接種であり、ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で接種します。 ○この申請内容を確認するために、町が保有する個人情報を調査、照会し、又は閲覧することについて同意します。 ○助成券については、他人への譲渡や重複使用等の不正な使用はいたしません。不正な使用をした場合は、助成金を返金いたします。 ○帯状疱疹の任意接種を完了した場合、予防接種法施行規則第2条の規定により帯状疱疹定期接種の対象外となることについて了解しました。		
申請者氏名 _____		