帯状疱疹ワクチン接種券（再）交付申請書

江田島市長　様

下記のとおり、帯状疱疹ワクチン接種券の交付を申請します。

ついては、帯状疱疹ワクチンの一部公費負担での接種は、生涯に一度のみであること、及び同様のワクチンを重複して接種した場合、接種費用全額自己負担することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 | |  | 本人との  関係 |  |
| 申請者住所 | | 〒 | | |
| 電話番号（　　　　）　　　　― | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | 生年月日（年号に〇） | | |
| 対象者氏名 |  | 大正  昭和 | | 年　　月　　日（満　　　歳） |
| 住所 | □申請者住所と同じ  〒 　江田島市 　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　― | | | |
| 接種歴 | | 過去に帯状疱疹ワクチンを接種したことがありますか。  □はい　→接種したワクチン（種類：　　　　　　　　　　回数：　　回）  □いいえ | | | |
| 申請する券  （どちらかに☑） | | □ 生ワクチン（ビケン） | | □ 組換えワクチン(シングリックス)  【１回目　・　２回目】 | |
| 接種医療機関 | |  | | | |
| 申請の理由 | | 新規　　・　　再発行（棄損紛失等） | | | |

※再交付後に従前の接種券が見つかった場合は、すみやかに破棄してください。

以下は江田島市記入欄

受付窓口を☑してください。

□本庁　□江田島市民センター　□能美市民センター　□三高支所

受付印

□沖美市民センター

□その他（　　　　　　　　　　　）

※担当者処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付者 | 発行日 |
|  |  |