年　　月　　日

世羅町長　様

申請者

　　　　　　　　 住所　世羅郡世羅町大字

氏名

電話　　　　　－　　　　　－

代筆者

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　　－　　　　　－

世羅町帯状疱疹予防接種券交付申請書

帯状疱疹予防接種を行う医療機関(受託医療機関等)で実施される帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、世羅町帯状疱疹予防接種実施要綱第６条の規定により「世羅町帯状疱疹予防接種券」の交付を申請します。

なお、助成対象者であることを確認するため、世羅町の住民基本台帳及び生活保護台帳等により世帯状況等を担当部署が確認することを同意します。

接種対象者等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　　　　歳） |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 世羅郡世羅町大字 |

|  |  |
| --- | --- |
| 接種対象者（該当を○） | ・今年度中に65・70・75・80・85・90・95・100歳・101歳以上の誕生日を迎えるもの |
| ・60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するもの |
| 接種希望医療機関 |  |
| ワクチンの種類 | ①生ワクチン（ビケン）　②組換えワクチン（シングリックス） |
| 交付の種別 | 新規　・　再交付 |

世羅町担当者記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | 対象年齢確認 | 生活保護受給世帯確認 | 過去の接種歴 | 接種券交付 | 接種券番号 |
|  |  | ・保護世帯・その他の世帯 | 有　・　無 | 可 ・ 不可 |  |