

受付印

様式第1号

令和5年度 大島町帯状疱疹予防ワクチン（任意接種）申請書

令和 年 月 日

大島町長 殿

〒 -

住 所 大島町

申請者 氏 名 _____ 印

電話番号 _____

帯状疱疹予防ワクチンの予診票の交付を受けたいので申請します。

(交付を受けるにはすべてにが必要です)

- 接種時点で大島町に住民登録があり、50歳以上であること
- 過去に一度も帯状疱疹予防ワクチンを受けていないこと
- ワクチンの種類、助成額及び助成回数について理解し、助成回数の上限を超えて申請しないこと

予 防 接 種 を 受 け る 者	フリガナ				
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		性別	男 ・ 女
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	生年月日		年 月 日生	(歳 ヶ月)	
	帯状疱疹に罹患 したことがある		いいえ ・ はい	→ いつ	年 月 日
	申請する ワクチンの種類 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> 水痘生ワクチン(ビケン)	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹不活化ワクチン (シングリックス)	

種類	対象	一回当たりの助成額	接種(助成)回数
水痘生ワクチン	50歳以上の大島町民	4,000円(自費4,100円)	上限1回
帯状疱疹不活化ワクチン	50歳以上の大島町民	10,000円(自費14,450円)	上限2回