

(別紙 1)

※保健福祉課記入欄

申請区分	受付職員
☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保	

高齢者帯状疱疹予防接種券交付申請書

令和 年 月 日

三 原 市 長 様

予防接種法に基づく、高齢者带状疱疹予防接種について、予防接種券の交付申請をします。申請にあたっては、審査に必要な場合は、世帯全員の住民票記載事項と市民税課税状況について市が確認することに同意します。

申請者（対象者または代理人）

住 所	
名 前	(印)
電話番号	※本人が手書きした場合は、押印不要です。
接種者との関係 続柄 ()	

予防接種を受ける人

住 所 □申請者と同じ	三原市		
名 前			
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日		
申 請 す る 予 防 接 種 券	※生ワクチンと組換えワクチンのどちらか一方のみを選択してください。		
	□ 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	□ 組換えワクチン （シングリックス） 2回目
ID 番号 （保健福祉課で記入）			

送 付 先 （郵送請求の 場合に記入）	☐ 申請者と同じ ☐ 予防接種を受ける人と同じ
	☐ 上記以外の送付先 住所 〒 名前

委 任

代理人（予防接種を受ける人と別世帯の人）が申請する場合は、次の欄に予防接種を受ける人の署名又は記名押印が必要です。（任意様式の委任状等の添付でも可）

予防接種券の受領に関する権限を前出の申請者に委任します。

(予防接種を受ける人) 住所 三原市

名前 印

※本人が手書きした場合は、押印不要です。

※ 申請時に、代理人(申請者)の本人確認書類を持参又は郵送してください。(郵送の場合、代理人(申請者)の本人確認書類は写しで可)