

(別紙2)

高齢者带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。

申請代理人 住 所
施設名
担当者名 印
※申請代理人が手書きした場合は、押印不要です。
電 話

この申請に関する権限を申請代理人に委任します。申請にあたっては、世帯全員の住民票記載事項と市民税課税状況の調査をされることを了承します。

※申請時は、代理人の本人確認書類を持参又は郵送してください。

※代理人が申請する場合は、次の欄に予防接種を受ける人の自署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)

予防接種を受ける人			印	記入しないでください	※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、☑をしてください。	ID番号 (保健福祉課記入)
1	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
2	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
3	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	

※ 申請欄が不足する場合は、別紙追加申請欄に記入し、この申請書に添付して提出してください。

施 設 名 : _____
受取人名 : _____
受 取 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者 (保健福祉課記入)	
------------------	--

高齢者带状疱疹予防接種券交付申請書（追加申請欄）

（施設名 ）

予防接種を受ける人			印	記入しないでください	※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、 ☒ をしてください。	ID番号 (保健福祉課記入)
	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	
	名前			課 税 非課税	☐ 生ワクチン (ビケン)	
	住所	三原市			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 1回目	
	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日			☐ 組換えワクチン (シングリックス) 2回目	