

様式第 1 号（第 5 条関係）

御殿場市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成券交付申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住所

申請者 氏名

電話番号

御殿場市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成券の交付を受けたいので、御殿場市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

接種を受ける者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
接種実施（予定）医療機関		
接種を受けようとする ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	