

带状疱疹予防接種 事前申出書

令和 年 月 日

鹿沼市長 宛

申請者 住所

氏名
被接種者との続柄 本人・子・父・母
その他 ()

(電話 -)

鹿沼市带状疱疹予防接種（任意）助成実施要領に基づき、下記のとおり予防接種費助成対象者として申し出ます。

被接種者 (接種を受ける人)	住所	鹿沼市
	フリガナ 氏名	
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
接種予定 ワクチン	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）1回接種 <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）2回接種 <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）2回目のみ接種	
接種医療機関	医療機関名	
	住所	
	電話	
理由	1 病気治療等により長期にわたり医療機関に入院、通院、及び在宅寝たきり等のため 2 市外施設に入所中であるため 3 かかりつけ医療機関で接種を希望するため 4 その他 ()	
入院・入所先 ※理由1、2を選択した 方をご記入ください。	名称	
	住所	
	電話	

送付先住所が被接種者の住所と異なる場合は、下記にご記入ください。

住所	〒
氏名（または施設名）	