

令和 7年度 尾鷲市带状疱疹ワクチン任意接種券交付申請書

(尾鷲市水痘・おたふくかぜ・MR・带状疱疹ワクチン接種費用助成事業)

令和 年 月 日

尾鷲市長様

尾鷲市带状疱疹ワクチン接種券の交付について、下記のとおり申請します。  
なお、申請にあたり、市が住民基本台帳により必要事項を確認することや医療機関に問い合わせることについて承諾します。

|                    |                                                                                                                                |            |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 申請者<br>(予防接種を受ける人) | ふりがな                                                                                                                           |            |
|                    | 氏名                                                                                                                             | 印          |
|                    | 住所                                                                                                                             | 〒          |
|                    | 生年月日                                                                                                                           | 年 月 日 ( 歳) |
|                    | 電話番号                                                                                                                           | — —        |
| 接種医療機関             | <input type="checkbox"/> 尾鷲市・紀北町 <input type="checkbox"/> 尾鷲市・紀北町以外<br>(病院名: )                                                 |            |
| 接種歴                | <input type="checkbox"/> 未接種<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(組換えワクチン)接種済み<br>(1回目接種 年 月 日)<br>※この場合は、2回目の接種のみが助成の対象となります。 |            |

尾鷲市長様  
今回の尾鷲市带状疱疹ワクチン接種券交付申請について、下記の者に委任します。

|                                       |                                          |         |
|---------------------------------------|------------------------------------------|---------|
| 申請手続きをする方の氏名等をご記入ください(申請者と同一の場合は記入不要) |                                          |         |
| 氏名                                    | 印                                        | 申請者との続柄 |
|                                       |                                          |         |
| 住所                                    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ      〒   |         |
| 電話番号                                  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ      — — |         |

- 【注意事項】
- ・ 組換えワクチンの接種を受ける場合は、1回目の接種後2か月後から6か月後までに2回目の接種を受ける場合のみ補助の対象となります。
  - ・ 接種を受ける時に接種券が必要となります。接種後の交付（再交付）はできません。

※処理欄は記入しないでください。

|     |     |  |        |       |     |  |
|-----|-----|--|--------|-------|-----|--|
| 処理欄 | 決定日 |  | 住民登録   | 有 ・ 無 | 確認者 |  |
|     | 発行日 |  | 接種券発行歴 | 有 ・ 無 |     |  |