第１号様式

年　　月　　日

国立市長　殿

国立市帯状疱疹予防接種承認申請書兼依頼書発行願

申請者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　 電話番号

　国立市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第５条の規定により、被接種者が下記の医療機関での予防接種を受けることの承認を申請します。また、医療機関へ依頼書の発行をお願いします。

この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認することに同意します。

【被接種者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 住　　　所 | 生年月日 |
| フリガナ |  | 　　年　　月　　日 |
|  |

【医療機関】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 所　在　地 | 電話番号 |
| フリガナ |  |  |
|  |

【接種を希望するワクチンの種類】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ワクチンの種類 | ○印 | シングリックス２回目の場合は１回目の接種日を記入 |
| 乾燥弱毒性水痘ワクチン(ビケン) |  |  |
| 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス)１回目 |  | 　　　　　 |
| 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス)２回目 |  | 年　　月　　日 |

* 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス)１回目に○印のある場合は、予診票を１回目と２回目用として、２部送付します。