

様式第1号（第6条関係）

国分寺市長 殿

国分寺市任意帯状疱疹^{ほうしん}予防接種承認申請書兼依頼書発行願

申請日 年 月 日

国分寺市任意帯状疱疹予防接種費用助成要綱第6条第1項の規定により、助成対象医療機関での任意帯状疱疹予防接種について、以下のとおり申請します。併せて、国分寺市任意帯状疱疹予防接種依頼書を発行願います。

また、この申請について、公簿等の照合により住民登録状況及び帯状疱疹予防接種の接種歴を確認すること並びに国分寺市が予防接種の結果報告を受けることについて同意します。

（被接種者） 申請者	①住所	〒		電話番号	
	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名 ※署名又は記名押印		男 ・ 女	年 月 日 (満 歳)	
接種希望医療機関		医療機関名			
		住所			
上記医療機関での接種を希望する理由					
希望するワクチンの種類 (□にレを記入)		<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	
乾燥組換え帯状疱疹ワクチンの2回目接種のみを希望される方へ		1回目の接種日を右欄に御記入ください。		年 月 日	
接種希望日		年 月 日 ・ 未定 乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを希望の場合は、1回目接種の希望日を御記入ください。 ※乾燥組換え帯状疱疹ワクチンの2回目接種のみを希望される方は、2回目接種の希望日を御記入ください。			

●住民票所在地以外に滞在する場合は、以下を御記入ください。

②滞在先住所	〒				
	※滞在先の世帯の名字が異なる場合は「〇〇方」を、施設に入所している場合は施設名を明記してください。				
滞在期間	年 月頃まで	・	未定	電話番号	
滞在理由					

●依頼書等の送付先について、以下のいずれかを選択してください（□にレを記入）。宛名は申請者様宛でお送りいたします。

<input type="checkbox"/> ①に記入いただいた被接種者住所	<input type="checkbox"/> ②に記入いただいた滞在先住所
<input type="checkbox"/> その他の住所（以下に御記入ください） 〒	