様式第３号（第５条関係）

**高齢者帯状疱疹予防接種申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 | 　　　　 |
| 神石高原町長　様神石高原町予防接種実施要綱第５条の規定により、つぎのとおり接種の申請をします。 |
| 被接種者 | フリガナ |  | 住所 | 〒神石高原町　　　　　　　　　　　☎（　　　　　）　　　　－ |
| 名前 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 申請者 | フリガナ |  | 住所 | 〒神石高原町　　　　　　　　　　　☎（　　　　　）　　　　－ |
| 名前 |  |
| 被接種者から見た続柄 |  |

**※被接種者と申請者が同一の場合は申請者欄を省略してください。**

**希望する医療機関とワクチンを○で囲み、接種希望日を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 | **●町立病院　　　●神石へき地診療所　　　●吉實クリニック　　　●赤木医院****●町外医療機関（広域予防接種）**名称　　　　　　　　　　 住所　　　　　　　　　 　　　　　　　　  |
| ワクチン※どちらか一つのみ | ・不活化ワクチン(シングリックス)　・生ワクチン(ビケン)　 |
| 接種希望日 | ・１回目　　　　　　年　　　　月　　　　日・２回目　　　　　　年　　　　月　　　　日※不活化ワクチンの2回目の接種は1回目の接種の2か月後になります。 | ※申請日から２週間以上先の日を記入してください。 |
| 自己負担額 | ・不活化ワクチン(シングリックス)　10,000円×2回 | ※生活保護受給者の方は無料 |
| ・生ワクチン(ビケン)　　　　　 4,000円×1回 |

**【被接種者確認項目】**

1. **これまでに帯状疱疹予防接種を受けたことがありますか。　（　いいえ　・　はい　）**
2. **①で「はい」と答えた人のみお答えください。**

**接種したワクチンの種類及び接種年月日**

**Ａ．不活化ワクチン（シングリックス）　【　　　　　年　　　　　月　　　　　日】**

**Ｂ．生ワクチン（ビケン）　　　　　　　【　　　　　年　　　　　月　　　　　日】**

**【注意事項】**

・定期接種の対象となるのは生涯に一度のみです。

・接種の準備が出来次第、予診票・接種日・接種時間等の通知をします。

・申請から受け取りまで一週間程度かかりますので、ご了承ください。