

別記様式第1号(第5条関係)

厚岸町高齢者带状疱疹予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

厚岸町長 若 狭 靖 様

(申請者) 住 所
氏 名
(続 柄)
電話番号

厚岸町高齢者带状疱疹予防接種費用助成規則第5条の規定により、当該予防接種費用の助成を受けたいので、申請します。

接種 希望 者	住 所	厚岸町	
	氏 名		
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	
接種を希望する 予防接種の種類		☐ 带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン)【 ☐ 1回目・ ☐ 2回目】 ☐ 水痘ワクチン(生ワクチン)	
※厚岸町高齢者带状疱疹予防接種費用助成申請は、今回が初めて です。			はい・いいえ

備考

- 1 助成対象者は、町内に住所を有する65歳以上の方で、過去に町の助成を受けて、带状疱疹の予防接種を受けたことがないこと。
- 2 予防接種は、不活化ワクチン又は生ワクチンのいずれかとし、不活化ワクチンの接種にあっては2回、生ワクチンは1回を上限として予防接種費用の一部を助成します。
- 3 また、予防接種を受ける医療機関は、町が委託する町内の医療機関以外は助成対象となりません。