

年 月 日

吉岡町長 様

申請者 住 所 吉岡町

氏 名

(被接種者との続柄 )

電話番号

## 吉岡町带状疱疹予防接種申請書

吉岡町带状疱疹予防接種を受けたいので、吉岡町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

また、申請に当たり、住民基本台帳及び町税等の滞納がないことについて町が必要な調査をすること並びに医療機関に町が必要に応じて問い合わせることに同意します。

## 記

被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生年月日		年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 吉岡町
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
接種予定日		年 月 日
接種予定病院		
接種予定ワクチン	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン（シングリックス）	

## 委任状

年 月 日

委任者（接種を受ける人）

住所

氏名

私は、次の者を代理人と定め、带状疱疹予防接種の申請を委任します。

带状疱疹予防接種代理申請者

住所

氏名

続柄

