

横手市带状疱疹任意予防接種申請書

【留意事項】

1. 必ず市内協力医療機関に相談し接種するワクチンの種類を決定のうえ、申請ください。
2. 申請者の身分証明書（マイナンバーカードや運転免許証など）を持参のうえ、健康推進課または各地域局市民サービス課窓口申請ください。
3. 市内協力医療機関での接種のみ助成対象となります。
4. 接種費用や取り扱うワクチンの種類は市内協力医療機関によって異なります。

接種される方	氏名	ふりがな							
	生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳	電話番号	
	住所	横手市							
	接種するワクチンの種類（下記の中から該当するワクチンに☑をつけてください。）								
	☐ 生ワクチン（1回接種）								
	☐ 不活化ワクチン1回目 ☐ 不活化ワクチン2回目（1回目から2か月間隔をあける）								

申請者（窓口に来た方）	年 月 日		
	横手市長 高橋 大 様		
	上記のとおり申請します。		
	申請者氏名 _____（続柄 _____）		

以下市役所記入欄

- ※担当職員（ ）
- ☐ 本人確認（マイナンバーカードや免許証など）
- ☐ 健康かるてにて接種履歴確認
- ☐ 保健指導入力
- ☐ 発行履歴入力