

带状疱疹任意予防接種予診票発行申請書

申請日 令和 年 月 日

(あて先) 太田市長

下記のとおり、带状疱疹任意予防接種予診票の発行について申請します。

住 所	*接種日に太田市に住民登録がない場合は全額自己負担となります 太田市	
申請者 (被接種者)	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳) *50歳の誕生日前の接種は全額自己負担です
	電話番号	— —
接種 ワクチン	どちらかを選択してください <input type="checkbox"/> 生ワクチン: 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン: 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 「シングリックス」	

申請書郵送先 〒373-0851 太田市飯田町 818 番地
太田市保健センター 予防接種担当

※申請書の受理から予診票のお届けまでに2週間ほどかかります

市記入欄	申請受付日	令和 年 月 日
	予診票発送日	令和 年 月 日
	受付者	