

様式第1号（第5条関係）

小山町带状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成券交付申請書

年 月 日

小山町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

助成券の交付を受けたいので、小山町带状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

接種を受ける者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）
	住 所	
接種実施（予定） 医療機関		
接種を受けようとするワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	