

## 太良町带状疱疹予防接種費用助成申請書

带状疱疹の発症予防を目的とした带状疱疹予防接種を受けることを希望するため、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、任意予防接種費用助成について申請します。  
 なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、太良町が調査することに同意します。

申請日            年        月        日

太良町長 様

申請者氏名  
 (続柄            )

被 接 種 者 情 報	住 所	太良町大字		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	(            )
	生年月日	年        月        日	(            歳)	※50 歳以上

**【接種の基本的条件】** (あてはまるところをしてください)

- 太良町が助成する带状疱疹予防接種を受けたことがない。
- 接種日時点で太良町に住民登録があり、50 歳以上である。  
 (申請時点で 50 歳未満の場合は、50 歳到達以降に申請可能とする。)

..... 以下、役場の確認欄です。 .....

**【職員確認欄】** 担当: \_\_\_\_\_

- 本人確認: (  運転免許証  健康保険証  マイナンバーカード 等 )
- 助成履歴確認:  履歴なし  履歴あり → 助成対象外
- 交付確認: 予診票  生ワクチン  不活化ワクチン (1 回目・2 回目)

申請受付欄