様式第１号（第６条関係）

帯状疱疹予防接種助成申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　月　　日 | 受付日　　　　　　　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日生（　　　歳） | |
| 住　所 | 産山村大字 | | |
| 電話番号 | 自宅　　　　－　　　－ | | 携帯電話　　　　－　　　　－ |

**【注意事項】**

１．帯状疱疹ワクチン接種は、任意接種の予防接種となります。

２．予防接種による効果や副反応等を十分に理解して接種をご検討ください。

３．接種後に健康被害が生じた場合は、その程度により独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）が実施する「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等一定の給付が受けられる場合がありますが、予防接種法による救済制度とは異なります。

**【希望するワクチンの種類と助成額】**

　希望するワクチンに〇印を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 水痘ワクチン（生ワクチン） | ４，５００円 |
|  | 不活化ワクチン（１回目） | １０，０００円 |
|  | 不活化ワクチン（２回目） | １０，０００円 |

|  |
| --- |
| 【申込者署名欄】  　○上記を確認し、予防接種助成を希望します。  　　　　　　　　　　　　　　　自署または記名押印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成券番号 | － |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成券番号 | － |

帯状疱疹予防接種助成券

**氏名　　　　　　　　　様**

【実施場所】産山村診療所

【受診方法】実施医療機関にお電話でご予約いただき、指定日に受診してください。

【有効期限】　　　　年　　月　　日

産山村診療所　御中

上記の者に帯状疱疹予防接種を実施いただきますようお願いします。

　　年　　月　　日

産山村長　　市原　正文

|  |
| --- |
| 発行元　**産山村役場　健康福祉課**  　　住所　〒８６９－２７０３  阿蘇郡産山村大字山鹿４８８－３  電話　０９６７－２５－２２１２ |