様式第１号（第５条関係）

伊豆市帯状疱疹ワクチン予診票発行申請書

令和　　年　　月　　日

伊豆市長　宛

申請者

　住所　〒　　－

電話番号

被接種者との続柄　　□本人　□同一世帯員　　□その他（　　 ）

下記のとおり伊豆市帯状疱疹ワクチン予診票の発行を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 |  | □申請者  と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | 〒　　- |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | |
| 送付先住所 | | □申請者と同じ |  |
| 予防接種の種類  ※該当する項目に〇 | |  | 乾燥弱毒生水痘ワクチン（1回接種） |
|  | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）１回目 |
|  | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）２回目  （１回目接種日　令和　　年　　月　　日） |

**【誓約・同意事項】**

私（被接種者）は、下記について理解し、以下の内容について同意いたします。

* 対象の予防接種は任意の予防接種であり、ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で接種します。
* 伊豆市長がこの申請の内容を確認するため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。また、医療機関等における情報について、伊豆市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
* 予診票発行後、予防接種日以前の間に住民でなくなった場合は、予診票を使用しません。誤って使用した場合は、助成額分を医療機関に支払います。