

見 本

様式第2号(第5条関係)

接種希望の予防接種を囲ってください。
複数該当する場合は複数囲ってください。

インフルエンザ・肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）
・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹予防接種費用免除申請書

年 月 日

高島市長

申請者 住所

氏名

生年月日

電話番号

接種希望の予防接種を囲ってください。
複数該当する場合は複数囲ってください。

次のとおり、高島市予防接種実施要綱第5条第4項の規定に基づき、インフ
ルエンザ・肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹予防接種費用の免除を申請します。

記

免除を申請する理由(具体的に記載してください。)

☒ 生活保護世帯に属するため

・带状疱疹ワクチンを希望する場合は、別紙【带状疱疹の予防接種をご希望の方へ】をご確認のうえ 希望するワクチンどちらか1つにチェックをしてください。

☐ 生ワクチン（ビケン/1回接種）

☒ 組換えワクチン（シングリックス/2回接種）