

記入例

様式第2号(第5条関係)

接種を希望する予防接種を囲んでください。

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

ご記入ください

高島市長

年 月 日

申請者 住所

氏名

生年月日

電話番号

**接種を希望する予防接種を
囲んでください。**

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。

チェックを入れてください

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）

**带状疱疹ワクチンを希望される方のみ、接種を希望するワクチンに
チェックを入れてください**