

定期予防接種 B 類予防接種券申請書

令和 年 月 日

袋井市長

申請者 住 所

氏 名 (被接種者との続柄)

電 話

次のとおり、予防接種券の交付（再交付）を申請します。

なお、この申請に当たり、私の世帯の生活保護受給状況について、市が調査することに同意します。

被 接 種 者	住 所	袋井市		
		電話番号		
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
希望する予防接種 (□にレ点をする)		☐ 带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） ☐ 带状疱疹ワクチン（生ワクチン） ☐ 肺炎球菌ワクチン		

生活保護を受給している自治体	袋井市・その他（ ）
予防接種を行う医療機関（予定）	
予防接種実施予定日	年 月 日

郵送先 〒

住所

方書(様方)

氏名