

福岡市中央区天神 福岡市中央区天神 福岡市中央区天神

年 月 日

福岡市長 様

(申 請 者)

住所

氏名

(続柄)

電話番号

—

帯状疱疹予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

接種を希望する人	住 所				
	氏 名		男 女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳)
接種を希望する医療機関	で 指定医療機関 接種	【医療機関名】			
	指定外医療機関で接種	【医療機関名】 【所 在 地】 【指定外医療機関で接種する理由】 1. 当該医療機関に入院中等のため 2. かかりつけ医であり、接種する旨指導されたため 3. その他 			
該当する項目に○をつけてください	1. 満 50 歳以上 2. 過去に本事業の助成を受けたことがない 3. 生活保護受給者				