

带状疱疹ワクチン 任意予防接種費補助券申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	★対象年齢：50歳以上 S・T 年 月 日（ 歳）
住所	〒470-01 □□ 日進市
電話番号	（ ） —
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ①不活化ワクチン（シングリックス） <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <input type="checkbox"/> ②生ワクチン（ビケン）

＜注意事項＞

1. 任意予防接種費補助券は市指定医療機関で使用できます。
市指定医療機関以外（市外等）で接種する場合は健康課（保健センター）へお問い合わせください。
2. 带状疱疹を予防するワクチンは2種類あります。かかりつけ医とご相談の上、ワクチンの種類を決めてお申し込みください。

＜補助額・補助回数＞

★対象年齢：50歳以上

ワクチンの種類	補助額	補助回数
①不活化ワクチン（シングリックス）	1回につき10,000円	2回まで
②生ワクチン（ビケン）	4,000円	1回

補助の対象となるワクチンは①②どちらか1種類です。