様式第２号（第５条関係）

受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年度益子町任意予防接種費用助成申請書（成人用）

令和　　年　　月　　日

益子町長　　様

下記の予防接種を希望しますので、接種費用の助成を申請します。

記

【接種を希望する予防接種の種類】　※希望するものに〇印

（　　）高齢者肺炎球菌予防接種　　（　　）帯状疱疹予防接種

（　　）その他の予防接種　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【申請者（予防接種を受ける方）】

住　　所　益子町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自治会名　　）

ふりがな
氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）

生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日（満　　歳）

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※いままでに今回希望されるワクチンの接種を受けたことがありますか。

1　ない

2　ある　⇒　接種を受けた日　　年　　月　　日

医療機関名　（　　）

◆成人用肺炎球菌ワクチンは、接種後少なくとも５年間は効果が持続するため、**毎年接種する必要はありません。**２回目の接種をすると、注射をしたところの反応（腫れや痛みなど）が１回目の接種よりも強く現れることがあります。２回目の接種は、１回目から**最低５年以上の間隔をあけ、必要性を慎重にご検討ください。**

◆帯状疱疹ワクチンは、水痘ワクチン（生ワクチン）使用の場合では約５年程度、帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）使用の場合では９年以上効果が維持できることが確認されています。

◆帯状疱疹ワクチンについては、**申請年度の年度末までに接種を終了するようお願いいたします。**