（様式第１号）

**帯状疱疹ワクチン定期予防接種相互乗り入れ承認書**

**発行日　　　　　年　　月　　日**

**当自治体住民(　　　　　　 　様)が（　　　　　　　　　　）市町村**

**（　　　　　　　　　　　　）の帯状疱疹ワクチン定期予防接種をうけることを承認します。**

**被接種者居住地の定期予防接種期日**

**年　　月　　日　～ 　　　　　年　　月　　日まで**

**予防接種料金を一部公費負担します。**

**御杖村長**

**自己負担金（生ワクチン；3,000円、不活化ワクチン：7,000円）は、御杖村保健福祉課で徴収しております。**

**貴医療機関では本人からは徴収せず、別紙請求書にて御杖村にご請求下さい。よろしくお願い致します。**

**※請求書には宇陀地区医師会取り決め金額を記入しております。**

**問い合わせ・請求書郵送先**

**〒633-1302**

**奈良県宇陀郡御杖村大字菅野1581番地**

**御杖村保健福祉課**

**電話　0745－95－2828**