（様式第4号）

帯状疱疹ワクチン定期予防接種費免除証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 　　主治医　殿　 上記の方は，生活保護法により、帯状疱疹ワクチン定期予防接種の自己負担金が免除となりますので、ご配慮いただきますようお願いいたします。　 接種期間　　 　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　奈良県宇陀郡御杖村大字菅野368番地 　　　御杖村長　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〒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 |