

様式第1号(第4条関係)

南関町帯状疱疹任意予防接種費助成申請書

年 月 日

南関町長 様

申請者
住所

氏名
電話番号

帯状疱疹任意予防接種費の助成を受けたいので、南関町帯状疱疹任意予防接種費助成実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、下記記載内容の確認のため、南関町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

対象者	ふりがな	生年月日
	氏名	年 月 日(歳)
	住所(〒 -)	

水痘ワクチン(生ワクチン)			
接種日	年 月 日	接種費用	円

帯状疱疹ワクチン(不活化ワクチン)			
1回目接種日	年 月 日	接種費用	円
2回目接種日	年 月 日	接種費用	円

下記は記入しないでください。

助成金決定伺 上記に申請にかかる予防接種費用助成金を次のとおり決定してよろしいか			審査印
予防接種費 円	自己負担額 円	助成金額 円	