

様式第 2 号（第 4 条関係）

下仁田町帯状疱疹ワクチン予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

下仁田町長 様

帯状疱疹ワクチン予防接種を受けるため、下仁田町帯状疱疹ワクチン
 予防接種費助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、下記のとおり申請
 しますので予診票の交付をお願いします。

申 請 者	ふりがな			性 別	男 ・ 女	
	氏 名					
	住 所	下仁田町大字				
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	(満 歳)
	電 話		接種費助成歴*	ある・ない		
接種予定医療機関						
接種予定年月日		年	月	日		
接種予定ワクチン		生ワクチン ・ 不活化ワクチン（1回目・2回目）				

窓口に来られた方が本人以外の場合

住 所			
氏 名		電 話	
本人との続柄			

確認者	確 認 情 報	交 付 状 況
	<input type="checkbox"/> 上記接種歴欄*	<input type="checkbox"/> 予診票交付 <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹接種済【 . . 】

*注：接種費助成歴は他市町村で受けたものは含まれません。