

滑川市带状疱疹任意予防接種費助成申請書

年 月 日

滑川市長 あて

申請者 住 所

氏 名

電話番号

助成対象者者との続柄 本人・()

滑川市带状疱疹任意予防接種費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 助成対象者氏名	生年月日・年齢		住 所 (申請者が本人の場合は記入不要)	
-----	昭和 年 月 日 (歳)		滑川市	
助成内容について(ワクチン種類については、いずれかに☑を入れてください)				
ワクチン種類	助成回数	助成金額	有効期限	その他
☐ 生ワクチン	1回	5,000 円	発行日から1年間 又は定期接種の 対象となる年度の 前年度の末日の いずれか早い日	※2回目のみ希望される方 1回目接種日 年 月 日
☐ 不活化ワクチン	2回	1回あたり 10,000 円		
確認・同意事項(該当する項目に☑を入れてください)				
☐ 滑川市に住民票を有しています。 ☐ 带状疱疹任意予防接種費について、過去に滑川市から助成を受けたことがありません。 ☐ 本助成券の有効期限は、上記有効期限欄に記載のとおりであることを了解しました。 ☐ 本制度を利用し、带状疱疹ワクチンを任意接種した場合、同ワクチンの定期予防接種の対象とならないことを了解しました。				

市民健康センター記入欄

受付番号	受付日	受付者	確認者	処理結果	本人確認(来所時)
	/			手渡・郵送 ・却下	マイナンバーカード・運転免許証・ その他()