

様式第1号（第6条関係）

滑川市帯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 _____

被接種者との続柄 _____

滑川市帯状疱疹任意予防接種費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被接種者氏名	生年月日	住 所	
	年 月 日 (歳)	滑川市	
ワクチン種類	助成回数	助成金額	
<input type="checkbox"/> 生ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回	5,000円	
<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目	10,000円	
	<input type="checkbox"/> 2回目	10,000円	2回目のみ希望される方は1回目の日付の記入をお願いします 年 月 日
確認事項			
<input type="checkbox"/> 滑川市に住民票を有しています。 <input type="checkbox"/> 帯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。			

市民健康センター記入欄

受付日	受付者	処理結果	本人確認(来所時)
年 月 日		手渡・郵送・却下	