

様式第1号（第4条関係）

養父市帯状疱疹任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

養父市長 様

申請者 ※被接種者本人が申請できない場合は、監護している代理人の住所氏名等をご記入ください。	住所：
	氏名：
	電話番号：
	被接種者との続柄：

養父市帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき次のとおり申請します。

被接種者（ワクチン接種する方）の内容			
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年 月日	年 月 日生
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
助成区分	<input type="checkbox"/> 予防接種日において満50歳以上の者（一部助成） <input type="checkbox"/> 予防接種日において満50歳以上の者で、生活保護法の適用を受けている世帯者（全額助成）		
ワクチン接種を予定している医療機関名			
同意書			
被接種者が養父市帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付要綱に基づく助成対象者か否かを確認するため、市が保有する個人情報の調査、照会、閲覧について同意します。 なお、助成券については他人への譲渡や重複使用など不正な使用はしないものとし、不正な使用をした場合は助成金を返金いたします。			
申請者氏名（自署）			

【市担当者記入欄】

助成券交付年月日	資格区分	助成区分
年 月 日	<input type="checkbox"/> 50歳以上の者 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯の方	<input type="checkbox"/> 一部助成 <input type="checkbox"/> 全額助成