

別記

第 1 号様式（第 5 条関係）

No. _____

御宿町带状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

（あて先）
御宿町長

（申請者） 住所
氏名

下記のとおり、带状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、御宿町带状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱第 5 条の規定により申請します。

記

（ふりがな）			生年月日	年 月 日 （ 歳）
被接種者氏名				
性 別	男 ・ 女			
住 所				
電 話 番 号				
接種ワクチン	不活化ワクチン ・ 生ワクチン			
予防接種実施 予定医療機関	医療機関名			
	所 在 地			

- （注）
- 1 申請者は、本町に居住し、かつ、本町の住民基本台帳又は外国人登録原票に記載又は登録されている 5 0 歳以上の者であること。
 - 2 申請者は、御宿町带状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱に基づく助成を受けたことがない者であること。
 - 3 申請者は、御宿町带状疱疹予防接種実施要綱に基づく予防接種を受けたことがない者又は接種対象でない者であること。