

様式第2号（第5条関係）

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成申請書

申請日 年 月 日

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用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。なお、長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱を遵守します。

記

申請者

住所	〒 ー 長久手市		
フリガナ			
被接種者氏名			
生年月日	昭和 年 月 日		
電話番号			
助成金額等	ワクチン種別		助成回数・助成金額
	どちらか一方のみ	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)	2回×10,000円 *2回目の接種を受けようとするときは1回のみ
		乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	1回×4,000円
当該助成を過去に受けたことがありますか。	はい ・ いいえ *過去に一度でも当該助成を受けた方は申請不可		
接種予定医療機関	協力医療機関 ・ その他の医療機関		

同意書

被接種者が長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第2条の規定に該当していることを確認するため、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の不正な使用はいたしません。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（被接種者）氏名 _____

担当者記入欄

受付者	助成履歴確認 <input type="checkbox"/> 助成履歴なし	受付印
助成券発行日		
助成券発行者		