

带状疱疹予防接種費用一部助成事業予診票発行申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 藤岡市長 様

下記のとおり、带状疱疹予防接種費用一部助成事業予診票の発行について申請いたします。

なお、助成対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

記

(太枠内ご記入ください)

申請者住所 (被接種者)	〒 ー 藤岡市		
ふりがな			
申請者氏名 (被接種者)			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
電話番号	ー ー		
申請代理人 氏名		続柄	
ワクチンの種類	希望(予定)するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> ビケン(生ワクチン) <input type="checkbox"/> シングリックス(不活化ワクチン)		

市記入確認欄

確認事項	発行	受付
<input type="checkbox"/> 藤岡市に住民登録がある <input type="checkbox"/> 接種日時時点で年齢が50歳以上である <input type="checkbox"/> 带状疱疹費用助成を過去に利用したことがない <input type="checkbox"/> 申請方法(窓口 ・ 電話 ・ その他)	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
特記事項	<input type="checkbox"/> 済	
		確認者 ()