

様式第1号（第6条関係）

多可町帯状疱疹ワクチン接種費助成申請書

年 月 日

多可町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、多可町帯状疱疹ワクチン接種費助成事業実施要綱第6条第2項の規定により、帯状疱疹ワクチン接種費の助成を申請します。

予防接種対象者		生年月日
フリガナ		年 月 日生 男・女 （ 歳）
氏名		
委任状		
私は（指定医療機関）_____を代理人と定め、 帯状疱疹ワクチン接種費助成の受領に関する権限を委任します。 多可町長 様 （委任者）住所 氏名		

※R6.4月以降に転入された方は、前住所地での助成の有無を確認させていただきます場合があります。

※この申請書で得られた個人情報 は適切に保管し、本事業以外の目的には使用いたしません。

審査	住所	対象要件	決裁				受付者	助成券 NO
			課長	副課長	課長補佐	担当		
	可・否	可・否						