

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<br>男・女 （ 歳） |
| 氏名      |  |                    |

☐ 西脇市多可郡医師会指定医療機関においてワクチン接種します。

※R 6 年 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。

※町担当課記入欄

| 受付者 | 審 査   |       |       | 確認者 | 交付方法               | 交付日 | 助成券<br>N O |
|-----|-------|-------|-------|-----|--------------------|-----|------------|
|     | 住 所   | 年齢要件  | 助成歴確認 |     |                    |     |            |
|     | 可 ・ 否 | 可 ・ 否 | 可 ・ 否 |     | 窓 口 ・ 郵 送 ・<br>( ) | 月 日 |            |

本人確認書類 《 免許証 ・ 健康保険証 ・ マイナンバーカード ・ その他( ) 》