

別記様式（第4条関係）

（宛先） 三豊市長

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

三豊市帯状疱疹予防接種費用助成申請書兼助成金代理受領等委任状

帯状疱疹予防接種費用の助成を希望するため、三豊市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、本助成金の請求及び受領の権限は、接種した協力医療機関へ委任します。

申請者 (窓口に来た人)	ふりがな 氏名		被接種者 との続柄	
	住所	〒		
	電話番号 (日中連絡が取れる番号)			

被接種者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 三豊市
	電話番号 (日中連絡が取れる番号)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日

接種を希望する帯状疱疹ワクチンの種類を1つ選択し、□内にレ点を付けてください。
(※ワクチンについて不安・疑問等がある場合は、かかりつけ医とご相談ください。)

申込内容	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン、1回接種）
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） ↳ <input type="checkbox"/> 1回目接種、2回目接種 ↳ <input type="checkbox"/> 2回目接種のみ（1回目接種日： 年 月 日）

当てはまる場合は、□内にレ点を付けてください。

確認事項	<input type="checkbox"/> これまでに帯状疱疹ワクチンの接種費用について、公費による助成を受けたことがない。 費用助成を受けたことがある場合（種類： _____ 回数： _____ 回）
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチンの接種日時点において、50歳以上である。 →接種日に50歳未満の方は助成対象外です。

（市記入欄）申請者本人確認

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証（運転経歴証明書） <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）