

様式第1号（第5条関係）

甘楽町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

甘楽町長 様

申請者(窓口に来られた方)

住所 甘楽町大字 _____

氏名 _____

電話 _____

対象者との続柄 _____

帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、甘楽町帯状疱疹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。

記

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		性別	男・女
	生年月日		年 月 日	(満 歳)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	甘楽町大字		
	電話				
	接種歴	無・有 ⇒ 時期(年) 種類(生水痘・不活化シングリックス) 公的補助の有無(無・有)			
接種予定医療機関名					
希望するワクチン	<input type="checkbox"/> 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン(シングリックス)【 1回 ・ 2回 】				