

別記様式（第4条関係）

白山市带状疱疹任意予防接種費助成申請書

年 月 日

（宛先）白山市長

申請者 住 所

氏 名

（署名又は記名押印）

電話番号

白山市带状疱疹任意予防接種費助成事業実施要綱第4条の規定により、带状疱疹任意予防接種費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

また、この申請の審査に必要な範囲で、住民登録及び予防接種歴の確認を行うことに同意します。

接 種 す る 者	(ふりがな) 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はレ点	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はレ点		
	ワクチンの種類 及び助成金額	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン [2回接種] (不活化ワクチン)	6,000円/回	
		<input type="checkbox"/> 既に1回目を接種済みの場合はレ点		
		<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン [1回接種] (生ワクチン)	3,000円/回	
	接種予定日 (決まっている場合)	年 月 日		
備 考				

※市記入欄

【確認事項】 <input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 過去の助成歴	助 成 券 の 発 行	
	可	発券番号 ( )
		整理番号 ( )
	不可	理 由 ( )