

年 月 日

三 原 市 長 様

申請者 住 所 _____
(被接種者) 氏 名 _____ ㊞
※申請者本人が手書きした場合は、押印不要です。
電話番号 _____

三原市高齢者带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

三原市高齢者带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により三原市高齢者带状疱疹予防接種費用助成金の交付申請をします。

なお、審査に必要な場合は、世帯全員の住民票記載事項及び市民税課税状況について調査されることに同意します。

また、三原市高齢者带状疱疹予防接種費用助成金の受領については、実施医療機関に委任します。

被 接 種 者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	三原市
	生年月日	年 月 日
接種希望ワクチン ※該当するものに☑を してください。		☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（1回目） ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（2回目）
実施医療機関		

助成券送付先 ※郵送申請の場合に 記入してください。	☐ 申請者と同じ
	☐ 申請者以外の送付先 住所 〒 名前

【担当課チェック欄】

助成対象者	☐ 該当 ☐ 非該当
自己負担区分	☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保
実施医療機関	☐ 該当 ☐ 非該当
助成券番号	
確認者	