

様式第1号（第7条関係）

我孫子市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

帯状疱疹予防接種費用に係る助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。  
なお、生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯である場合は、該当の有無  
について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名		(年齢)	( 歳)
被接種者住所	我孫子市		
申請額	円		
内 訳	1回目	接種日	年 月 日 予防接種費用の額 円
		接種医療機関	名称
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン
	2回目	接種日	年 月 日 予防接種費用の額 円
		接種医療機関	名称
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン
次のいずれかに該当する方は、該当する番号に○を付けてください。			
1 生活保護世帯			
2 中国残留邦人等支援給付受給世帯			

添付書類

- 1 予防接種の接種日及び接種したワクチンが確認できる書類
- 2 予防接種費用の額が分かる領収書
- 3 その他市長が必要と認める書類