

様式第1（第5条関係）

带状疱疹予防接種費用助成券（交付・再交付）申請書

令和 年 月 日

安城市長

带状疱疹予防接種費用助成券の交付（再交付）について、下記のとおり申請します。

また、私は、市長がこの申請に係る私の住民情報を、その必要な限度において利用することに同意します。

記

申請者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 -
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	- -
接種歴	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）接種済み （1回目接種 年 月 日） ※この場合は、2回目の接種のみが助成の対象となります。	

申請手続きをする方の氏名等をご記入ください（申請者と同一の場合は記入不要）		
氏名		申請者との続柄
住所	〒 -	
電話番号	-	-

【注意事項】

- ・带状疱疹ワクチンの接種を受ける場合は、1回目の接種後2か月後から6か月後までに2回目の接種を受ける場合のみ補助の対象となります。
- ・接種を受ける時に助成券が必要となります。接種後の交付（再交付）はできません。
- ・助成券は予防接種を受ける方の住民登録がされている住所地にお送りします。

事務処理欄	受付方法： <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 電話	
	助成履歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合は原則受付できません）	
	発送方法： 郵送 ・ 窓口	発送日：
	受付者：	備考：