

- 接種後の再交付はできません。
- 消えるペンや修正液は使用できません。修正箇所は二重線を引き、訂正してください。

令和●年 ●月 ●日

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	あんじょう たろう
	氏名	安城 太郎
	住所	〒446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1
	生年月日	●年 ●月 ●日 (●歳)
	電話番号	0566-76-1133
接種歴	<input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン (組換えワクチン) 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。	

予防接種を受ける人の氏名をご記入ください。

带状疱疹ワクチンの2回目のみを申請する方は、1回目の接種日を記入してください。

日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。

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	安城 花子	申請者との続柄
		妻
住所	〒446-8501 安城市桜町18番23号	
電話番号	0566-76-1112	

【注意事項】

- ・ 带状疱疹ワクチン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。
- ・ 助成券は予防接種を受ける方の住民登録

手続きをされる方の氏名等をご記入ください。
※予防接種を受ける方と同一の場合は記入不要です。

事務処理欄	事務処理欄は記入しないでください。
-------	-------------------