

様式第2（第5条関係）

美浜町帯状疱疹予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

美浜町長 様

申請者

住所

ふりがな
氏名

電話番号

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

美浜町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条に基づき下記のとおり申請します。

記

ふりがな 被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年 月 日	大正 昭和 年 月 日生 () 歳
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 美浜町		
助成ワクチン		助成回数	助成金額
<input type="checkbox"/> 乾燥組織組換え帯状疱疹ワクチン（シングリックス） <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）		1回	3,000円

同意書

被接種者が美浜町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第2条の該当者か否か確認するため、町が保有する個人情報の調査、照会、閲覧について同意します。なお、助成券については他人への譲渡や重複使用などの不正な使用はいたしません。不正な使用をした場合は助成金を返金いたします。

申請者氏名

担当記入欄

本人確認 運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード 他（ ）