

様式第 1 号（第 5 条関係）

甘楽町带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

甘楽町長 様

申請者（窓口に来られた方）

住所 甘楽町大字

氏名

電話

対象者との続柄

带状疱疹任意予防接種費用の助成を受けたいので、甘楽町带状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

対象者	氏 名	☐ 申請者 と同じ		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 （満 歳）			
	住 所	☐ 申請者 と同じ	甘楽町大字		
	電 話				
	接 種 歴	無 ・ 有 ⇒ 時期（ 年）種類（生水痘・不活化シングリックス） 公的補助の有無（ 無 ・ 有 ）			
接種予定医療機関名					
希望するワクチン		☐ 生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン） ☐ 不活化ワクチン（シングリックス）【 1 回 ・ 2 回 】			