

## 由仁町帯状疱疹ワクチン接種費用助成申請書

申請日 年 月 日

由仁町長 様

次のとおり、帯状疱疹ワクチン接種費用助成及び予診票の発行について申請します。

フリガナ 申請者 (接種希望者) 氏名		生 年 月 日	T S 年 月 日	年 齢	歳
申請者 (接種希望者) 住所	〒 ー 由仁町		電話 番号		
ワクチン の種類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン 自己負担額 4,860円×1回接種 (助成額 4,000円×1回)				
接種を希望する ワクチンに <input checked="" type="checkbox"/> を 記入ください。	<input type="checkbox"/> 組替えワクチン 自己負担額 12,060円×2回接種 (助成額 10,000円×2回)				

町記入確認欄

- 由仁町に住民登録がある
- 定期接種対象者の確認
- 過去に接種助成がないことの確認