

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

清瀬市長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を希望する為、清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

また、申請にあたり助成要件の確認に必要な住民記録を市が調査することについて同意します。

は、該当するところにレ点を付してください。

助成対象者 (予防接種を 受ける人)	(フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	申請者と助成対象者が同一の場合、記入不要
	住 所	申請者と助成対象者が同一の場合、記入不要
予防接種の 種類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」)	
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン(シングリックス筋注用)	
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン(シングリックス筋注用) 2回目のみ 前回接種日: 年 月 日	