

様式第2号（第5条関係）

高浜町帯状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

高浜町長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
(申請者との続柄) _____
電話番号 _____

高浜町帯状疱疹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。

接種を受ける者	住所	(接種日時点の住民票の住所を記載してください) 高浜町
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
接種歴 (これまでの接種歴を記入してください。不活化ワクチン1回目接種済の場合は、費用助成の有無について○をしてください)	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性水痘ワクチン（生ワクチン） 接種年月日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） 1回目 接種年月日 年 月 日 (高浜町の費用助成 あり・なし) 2回目 接種年月日 年 月 日	
接種予定月	年 月	
接種予定医療機関		

同意書

- 対象の予防接種は、任意の予防接種であり、ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で接種します。
- この申請内容を確認するために、町が保有する個人情報を調査、照会し、又は閲覧することについて同意します。
- 助成券については、他人への譲渡や重複使用等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 _____