

豊岡市带状疱疹予防接種費補助申請書

年 月 日

豊岡市長様

申請者 氏

住 所

フリ カナ
氏 名

電話番号

被接種者との続柄 ☐ 本人 ☐ その他（ ）

带状疱疹予防接種費の補助を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、次の1及び2について同意します。

- 1 対象者確認のため、住民基本台帳等を確認すること。
- 2 相違があった場合は、補助額を返還すること。

被 接 種 者	フリ カナ 氏 名	☐ 申請者と同じ
	住 所	☐ 申請者と同じ 〒 豊岡市
	生年月日	年 月 日 （満 歳）
接種場所		☐ 市内医療機関 ☐ 市外医療機関（市外医療機関名： ）
接種予定 ワクチン		☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン（ 1回目 ・ 2回目 ）
過去の助成実績		豊岡市または兵庫県内の他市町から、本事業による助成を受けたことがありますか。 ☐ はい（自治体名： ） ☐ いいえ