

様式第1号（第6条関係）

豊岡市帯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

フリガナ  
氏 名

電話番号

被接種者との続柄 本人 その他（ ）

帯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	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 豊岡市
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
接種場所	<input type="checkbox"/> 市内医療機関 <input type="checkbox"/> 市外医療機関（ ）	
接種予定 ワクチン	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（ 1回目 ・ 2回目 ）	