

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

洲本市長 上崎 勝規 様

申請者住所 洲本市
(対象者) 氏名
生年月日 年 月 日 (歳)
電話番号

带状疱疹ワクチン接種公費助成申請書

次のとおり带状疱疹ワクチン接種公費助成を受けたいので、令和6年度洲本市带状疱疹ワクチン接種公費助成実施要綱第4条第1項の規定により申請します。

なお、私の個人情報について、同要綱の施行に必要な範囲内で市の職員が調査又は照会を行い、提供を受けることに同意します。

助成申請額	金4,000円
対象予防接種の別	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目又は <input type="checkbox"/> 2回目）
接種予定日	年 月 日
接種医療機関	所在地 名称

添付書類

市長が必要と認める書類

注 個人番号カード又は運転免許証その他官公署が発行した免許証、許可証若しくは資格証明書等であって自己の住所、氏名及び生年月日が記載されたものの提示又はその写しの提出が必要です。

	申立人の本人確認書類	確認日付	担当者
市職員 記入欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日	