

様式第 1 号（第 4 条関係）

令和 年 月 日

洲本市長 上崎 勝規 様

申 請 者 住 所 〒
(対象者) 洲本市
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 7 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	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（ ☐ 1回目） ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（ ☐ 1回目又は ☐ 2回目）
接 種 予 定 日	令和 年 月 日 又は 未定
接 種 医 療 機 関 名	

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。

市 職 員 記入欄	申立人の本人確認書類	確認日付	担当者
	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ その他（ ）	令和 年 月 日	