

様式第 1 号(第 6 条関係)

申請者→接種医療機関→上野原市

上野原市帯状疱疹予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状

年 月 日

上野原市長 宛

住 所

氏 名

電話番号

上野原市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、上野原市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条第 2 項の規定により次のとおり申請します。

なお、申請内容の確認にあたり、上野原市が住民基本台帳を閲覧すること及び接種内容等の確認が必要な場合は接種医療機関に問い合わせることに同意します。

また、助成金の請求及び受領については、予防接種を受けた医療機関に委任します。

◎太枠内に記入し、接種医療機関に提出してください。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	—	—
	ワクチンの種類	接種を希望するワクチン名にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 水疱ワクチン (生ワクチン) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン) 1 回目 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン) 2 回目		
	接種医療機関名			