

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

昭和村長様

昭和村带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

下記のとおり、带状疱疹予防接種費用助成金交付の対象であることを申請いたします。なお、対象者であることを確認するため、申請内容について必要により村が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

また、昭和村と委託契約をした医療機関で接種を受ける場合、村が実施医療機関に接種費用のうち自己負担金を除いた金額を直接支払うことを委任します。

記

※枠内の該当する□にレを記載する

住 所	〒 昭和村		
被 接 種 者 ふ り が な 氏		男 女	電話番号
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日生まれ（ 歳）		
助 成 金 額 (接種1回あたり)	<input type="checkbox"/> 5,000円(生水痘ワクチン) ※接種回数は1回 <input type="checkbox"/> 10,000円(带状疱疹不活化ワクチン) ※接種回数は2回 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者は自己負担なし		
接種予定医療機関			