安曇野市任意予防接種助成券交付申請書（帯状疱疹）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）　安曇野市長

帯状疱疹予防接種をするに当たり、助成券の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ワクチンの種類(どちらかに○をつけてください。) | 生ワクチン　１回 | 不活化ワクチン | １回  ２回 |
| 申請者 氏名 | ㊞ | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日生 | | |
| 申請者の住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 申請内容に偽りがあった場合や、相違があり助成要件に該当しなかった場合は、助成済みの費用を返還します。　□同意します。(□に✓を入れてください) | | | |

＜市処理欄＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起案日 | | 年　　　月　　　日 | | | 審査内容 |
| 決裁日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 上記の申請に基づき、右記内容を審査の結果、  交付決定してよいか伺います。 | | | | | 助成対象年齢の確認　　　　□該当 |
| 接種履歴・既往歴の確認　　□済 |
| 課長 | 係長 | | 担当 | 受付者 | 任意接種の説明　　　　　　□済 |
|  |  | |  |  | 健康被害救済の制度説明　　□済 |
| 実施医療機関の説明　　　　□済 |