

安曇野市任意予防接種助成券交付申請書（带状疱疹）

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

带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。 <input type="checkbox"/> 同意します。（ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 該当		
		接種履歴・既往歴の確認 <input type="checkbox"/> 済		
課長	係長	担当	受付者	任意接種の説明 <input type="checkbox"/> 済
				健康被害救済の制度説明 <input type="checkbox"/> 済
				実施医療機関の説明 <input type="checkbox"/> 済