

紀の川市帯状疱疹ワクチン任意接種予診票交付申請書兼代理受領委任状

年 月 日

（宛先）紀の川市長

【申請者】住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 希望者  
との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

紀の川市帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、代理受領方式により帯状疱疹ワクチン任意接種費用の助成を受けることを希望するため、以下のとおり申請します。

なお、申請に伴う予診票交付等の事務において、市が被接種者及び申請者に係る個人情報について調査することに同意します。

また、本予防接種における市助成金の代理受領について接種医療機関に委任します。

被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	紀の川市  TEL (            )            -
被接種者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ _____
生 年 月 日	年            月            日生      接種時年齢            歳
接種予定ワクチン いずれかにレ点を付けてください	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）
確認事項 確認後レ点を付けてください	<input type="checkbox"/> 過去に、帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けていません。 <input type="checkbox"/> 予防接種費用のうち助成額（4,000円）を引いた金額を接種医療機関に支払います。 <input type="checkbox"/> 助成は、1人1回のみであると承知しています。

＜事務処理欄＞

発行日	_____	窓口に来られた方	_____
確認	<input type="checkbox"/> システム	発行予診票	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン