

別記様式第1号（第5条関係）

明和町带状疱疹予防接種費用助成金受領委任払い申請書

年 月 日

明和町長 あて

申請者 住所
ふりがな
氏名
(被接種者との続柄)
TEL ()

明和町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、受領委任払いにより带状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、以下のとおり申請します。なお、対象者であることを確認するため、申請内容について町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、町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（助成額）を直接支払うことについて委任します。

被接種者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	ふりがな	
	氏名	
被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明和町	TEL ()
生年月日	年	月 日

接種したいワクチンを1つ選択し、内にレ点を付けてください。

接種予定ワクチン	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン（生ワクチン、1回接種）
	<input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン、2回接種）
	<input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン、1回接種）
確認事項	<ul style="list-style-type: none">・過去に、带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けていません・予防接種費用のうち助成額を差し引いた金額を実施医療機関に支払います