

様式第1号（第5条関係）

伊勢市帯状疱疹予防接種費助成申請書

年 月 日

（宛先）伊勢市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

伊勢市帯状疱疹予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
助成金の交付については、予防接種を受ける医療機関を代理人として定め、助成金の請求及び受領に関することを委任します。

また、助成金の交付要件に該当しているか、市が住民基本台帳により確認することについて、同意します。

予防接種を受ける者

(フリガナ) 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住 所			
電話番号			

※担当課記入欄

住民確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
送付歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (紛失、その他)
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
システム入力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

受付印