

様式第1号（第5条関係）

神河町带状疱疹ワクチン予防接種費用助成申請書

年 月 日

神河町長 様

申請者 住 所
氏 名
被接種者との続柄
電話番号 — —

神河町带状疱疹ワクチン予防接種費用助成対象者の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

被接種者	(ふりがな) 氏 名		性別	男・女
	住 所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
確認事項 ※該当する区分に☑ をしてください。	<input type="checkbox"/> 接種日において神河町に住民票がある。 <input type="checkbox"/> 接種日において満50歳以上である。 <input type="checkbox"/> 過去に带状疱疹ワクチン予防接種費用の公的な助成を受けたことがない。			

- ・上記の申請について、承認します。
- ・上記申請について、承認しないこととします。
(承認しない理由:)

処理

年 月 日

兵庫県神崎郡神河町長

(担当課：健康福祉課)

※個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。