

みなかみ町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者

住 所 .....

ふりがな

氏 名 .....

電話番号 .....

被接種者との関係 .....

私は、みなかみ町任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記の事項に同意の上、みなかみ町任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 当該申請の審査に当たり、住民基本台帳による世帯状況、予防接種歴等について町が調査すること。
- 当該助成金の交付決定を受けたときは、当該助成金を予防接種費用として、町が実施医療機関に対し支払いを行うこと。

●被接種者（申請者と同じ場合は※の記入は不要です）

住 所 ※	みなかみ町		
ふりがな ※	.....		
氏 名 ※	.....		
生年月日	年 月 日	電話番号	
接種予定日	年 月 日	接種予定 医療機関	
助成金額・ 接種希望 ワクチン	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン（5,000円助成）※接種回数は1回 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン（1回につき10,000円助成）※接種回数は2回		
確認事項	<input type="checkbox"/> 過去に帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請をしていません <input type="checkbox"/> 利根沼田の医療機関で接種を受け、接種費用から助成金額を除いた金額を医療機関に支払います <input type="checkbox"/> 生活保護受給者です（自己負担はなし）		
備 考			