

様式第 1（第 4 条関係）

東浦町帯状疱疹ワクチン接種助成申請書

年 月 日

東 浦 町 長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

被接種者との続柄 ☐ 本人

☐ その他（ ）

東浦町帯状疱疹ワクチン接種助成券の交付を受けたいので、東浦町帯状疱疹ワクチン接種助成事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、助成の決定に際し、町が必要な関係書類を閲覧することに同意します。

被 接 種 者	氏 名	☐ 申請者と同じ	
	住 所	☐ 申請者と同じ	() —
	電話番号		
	生年月日	年 月 日	
送付先住所		☐ 申請者の住所 ☐ 被接種者の住所	
接種歴		[該当者は記入] ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）接種済 （1 回目接種 年 月 日） ＊この場合は、2 回目の接種のみが助成の対象になります。	

保 健 セ ン タ ー 確 認 欄	☐ 年齢確認 （満 50 歳以上本年度中 64 歳以下）	☐ 健康かるて確認 （助成歴の有無）	☐ 申請者の本人確認書類を確認 （確認したものに○を付ける）
1 点確認 （写真付き）	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・ 運転経歴証明書・障害者手帳・その他（ ）		
2 点確認 （2 種必要）	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給 証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード ・社員証・診察券・その他（ ）		
備考()		担当者名 ()	