

掛川市帯状疱疹任意予防接種助成券交付申請書

掛川市長

次のとおり掛川市帯状疱疹任意予防接種助成券の交付を申請します。

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日 （ 歳）
電話番号	
助成対象者の要件 (注1)	<input type="checkbox"/> 当該予防接種の接種日における年齢が50歳以上である。 <input type="checkbox"/> 過去に当該予防接種の助成金の交付を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 指定医療機関（注2）において当該予防接種を受けることができる。
接種予定医療機関	

(注)

- 1 該当する項目にレ点を記載してください。全ての項目に該当する方のみが助成の対象となります。
- 2 帯状疱疹任意予防接種に係る業務について市と契約を締結した医療機関をいいます。