様式１（第６条関係）

ＴＩＡＲＡ□

　令和　　年　　月　　日

高岡市帯状疱疹予防接種費助成金交付申請書

高岡市長　あて

（申請者）住所

氏名

次のとおり予防接種費の助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な |  |
| 接　種　者　氏　名 | □申請者と同じ |  |
| 生　年　月　日 | 大正　・　昭和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　　所 | □申請者と同じ | 〒高岡市 |
| 電　話　番　号（日中連絡可能な番号） | －　　　　　　　　－ |
| 予防接種の種類 | 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」・シングリックス（組み換えワクチン） |
| 助成券の受け取り方法（いずれかに○をつけてください） | 　　　　１　来所　　　　　２　住所地へ郵送 |

以下の事項を確認してください。

□これまで高岡市帯状疱疹予防接種費の助成を受けていません。

(市記入欄)

□過去の助成がないことを確認