

様式第1 (第5条関係)

江南市帯状疱疹予防接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

江南市長 様

申請者 住 所 〒 -

江南市

ふりがな

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

電話番号 () -

次のとおり、提出書類を添えて申請します。

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下の助成対象者欄の記入は不要です)		
	ふりがな		生年 大・昭 年 月 日生
	氏 名		月日 (歳 か月)
	住 所	〒 -	
	電話番号	() -	
接種予定医 療機関	名称		
	住所		
	接種予定日	年 月 日予定 ・ 未定	
接種予定 ワクチン	どちらかひとつを <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン(帯状疱疹ワクチン) <input type="checkbox"/> 生ワクチン (水痘ワクチン)		
助成券送付先	どちらかひとつを <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> (申請者・助成対象者) 先に送付 <input type="checkbox"/> 以下の住所に送付 氏名： 住所：〒 -		

【提出書類】

- 助成対象者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し (申請者と助成対象者が異なる場合は双方のもの) ※住民票、運転免許証、健康保険証 (両面) などいずれかひとつ

※ 申請書の提出先は、江南市保健センター (江南市北山町西300番地) です。