

様式第 1 号（第 5 条関係）

伊勢市带状疱疹予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）伊勢市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

伊勢市带状疱疹予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

予防接種を受ける者

(フリガナ) 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住 所			
電話番号			
確認事項（□に✔を入れてください。） □ 助成金の交付については、予防接種を行う医療機関を代理人と定め、助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。 □ 助成金の交付要件に該当しているか、市が住民基本台帳により確認することについて、同意します。			

※担当課記入欄

住民確認	□あり □なし
接種歴	□なし □あり
送付歴	□なし □あり (紛失、その他)
交付方法	□窓口 □郵送
システム入力	□あり □なし

受付印