

様式第1号（第6条関係）

带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

せたな町長 様

申請者

住所 せたな町

氏名（被接種者）

電話

※代理申請の場合は被接種者との関係

せたな町带状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、予防接種費用の助成を申請します。

記

○被接種者

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生年月日	年 月 日	
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（全1回） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（全2回）	