

様式第1号（第4条関係）

安中市帯状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

安中市長 様

帯状疱疹の予防接種に係る費用の助成を受けたいので、安中市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

また、申請内容を確認するため、市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

なお、市から交付される助成金の請求の受付及び受領については、予防接種を受けた医療機関に委任するので、医療機関から市に助成金の請求があった場合は、医療機関に支払ってください。

助成希望者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	安中市
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	— —
備 考		
※	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳確認済み 確認者 ()	受付番号 安・松 —

※欄には記入しないでください