

舟橋村帯状疱疹任意予防接種用

舟橋村帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書

(ふりがな)	
受ける人の氏名	
住 所	〒930- 舟橋村
生年月日	T・S・H 年 月 日
年 齢	満 歳
接 種 日	令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。また、以下の事項を確認のうえ同意します。

本申請書が医療機関から舟橋村に提出されることに同意します。

他の助成制度と重複していません。

本事業の助成は今回が初めてであり、また2回目以降の接種をする場合は接種に要する費用を全額自己負担します。

署名 \_\_\_\_\_ (自署)

(医療機関記入欄)

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日 医療機関名

医師署名または記名押印