

〈前橋市帯状疱疹任意予防接種費用の一部助成〉 申請書

(宛先) 前橋市長

下記のとおり、帯状疱疹任意予防接種費用の一部助成を受けるため、申請します。

		申請日	令和 年 月 日
申請者	フリガナ 氏名	被接種者 との続柄	
	住所 (住民票上)	〒	
	電話番号	— —	
確認・同意事項		下記を確認し、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方は、次の①②を満たしています。 { ①接種当日に前橋市に住民登録がある、50歳以上の方 { ②過去に市の助成を受けて帯状疱疹任意予防接種を受けたことがない <input type="checkbox"/> 助成対象者であることの確認をする必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。	
(接種を受ける方)	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住所 (住民票上)	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 前橋市
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	
希望ワクチン		<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (シングリックス) <input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン) <input type="checkbox"/> 未定	

※帯状疱疹任意予防接種費用の一部助成は、前橋市に住民登録があり、接種当日に満50歳以上で本事業の助成を受けたことがない方が対象です。

※収集した個人情報は帯状疱疹任意予防接種費用の一部助成事業の目的以外に使用しません。前橋市個人情報保護条例に基づき、適正に管理します。

■市確認欄

受付日	対応者	本人確認	免・保・マイ・在留・その他 ()
-----	-----	------	-------------------

説明事項 どちらか一方のワクチンのみの助成 生涯1度の助成 シングリックスの間隔

助成額 (自己負担) 市内の医療機関のみ 年度内の接種 持ち物 予診票は医療機関設置