

〈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、□に✓を入れてください。 □接種を受ける方は、次の①②③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【定期】帯状疱疹予防接種対象者ではない 今年度 65・70・75・80・85・90・95・100歳になる方、100歳以上になる方 ③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 □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。		
		□再発行の場合は、こちらに☑して下さい。		
(接種を受ける方)	フリガナ 氏名	□申請者 と同じ		
	住所 (住民票上)	□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		□不活化ワクチン (シングリックス) □生ワクチン (ビケン) □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 ()
委任状の有無	□無 (同一世帯) □有 (別世帯)	発行状況	□発行済 □未発行		

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 (2カ月間隔)

□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