

〈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	□本人 □その他 ()
	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。 <input type="checkbox"/> 接種を受ける人は、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歳以上の人 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)歳になる人 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 <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。	
(該当者のみ <input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> 定期接種で不活化ワクチン1回接種済 <input type="checkbox"/> 【再発行】任意予防接種通知書	
(予 防 接 種 を 受 け る 人)	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)	

※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	<input type="checkbox"/> 無 (同一世帯) <input type="checkbox"/> 有 (別世帯)	発行状況	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 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