

第1号様式（第5条関係）

五泉市帯状疱疹予防接種費用助成申請書

五泉市長 様

年 月 日

住 所

電 話 ( )

申請者名

五泉市帯状疱疹予防接種費用の助成を願いたく申請します。

被 接 種 者	氏 名		
	住 所	五泉市	
	生年月日	年	月 日生
	接 種 日	接 種 医 療 機 関 名	
1 回 目	令和 年 月 日		
2 回 目	令和 年 月 日		
金 融 機 関 名	銀行	支店	
フ リ ガ ナ			
通 帳 名 義 人			
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	

※ 記名押印に代えて、署名することができます。

以下は記入しないでください。

ワクチンの種類	生 ・ 不活化	助 成 額	円
---------	---------	-------	---