

# 大館市帯状疱疹ワクチン予防接種助成申請書及び委任状

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

大館市長 様 帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、申請します。  
この助成金の請求・受領については、接種した医療機関へ委任します。

申請者 委任者	住所			
	氏名		電話番号	

接種を 受ける人 (助成対象者)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（1回接種 5,000円費用助成） 【生ワクチン】
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（2回接種 1回10,000円費用助成） 【不活化ワクチン】

<確認事項>

- 大館市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成を受けたことがない。
- 接種日時点で50歳以上の大館市民  
(申請時点で50歳未満の場合⇒ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から接種可能)

<健康課記入欄>

申請受理日	申請受理方法	本人確認方法	接種券発行日	発行者	備考
	窓口・電話	マイナンバーカード 運転免許証 健康保険証 その他			