

第1号様式（第4条関係）

知多市帯状疱疹ワクチン接種費助成申請書

年 月 日

知 多 市 長 様

申 請 者 住 所

氏 名

電話番号

接種者との続柄 本人 同一世帯員

その他（ ）

帯状疱疹ワクチン接種費の助成を受けたいので、知多市帯状疱疹ワクチン接種事業実施要領第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、助成の決定に際し、必要な関係書類を閲覧することに同意します。

被 接 種 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 知多市
	生 年 月 日		年 月 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者 と同じ	〒
世帯の状況		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯です。 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯です。	