

知多市帯状疱疹ワクチン接種費助成申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

知多市長様

申請者 住所 知多市新知字永井2番地の1

氏名 知多 梅子

電話番号 0562-54-1300

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	知多 梅太郎
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 知多市
	生年月日		昭和45年 9月 1日
送付先住所	<input checked="" 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。	