

様式第4号（第7条関係）

## 土佐町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書及び委任状

年 月 日

土 佐 町 長

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(被接種者本人署名)

生年月日 \_\_\_\_\_

土佐町帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。  
なお、この助成金の請求及び受領については、以下の接種医療機関へ委任します。

接種医療機関	早 明 浦 病 院 ・ 田 井 医 院
ワクチンの種類	生 ワ ク チ ン ・ 不 活 化 ワ ク チ ン