様式第１号（第５条関係）

土佐町帯状疱疹予防接種費用助成対象者証明申請書

年　　月　　日

土　佐　町　長

申請者

住　所

氏　名

（接種希望者との続柄）

土佐町帯状疱疹予防接種費用助成対象者証明書の発行については、下記の内容で希望します。

住所	〒 土佐町 □申請者と同じ場合はレ点		
接種希望者名	□申請者と同じ場合はレ点	生年月日	（満　　歳）
電話番号			
被保護者の有無	□生活保護受給者		
交付方法	□来所　□支所等受け取り（　　）　□郵送		
接種予定 医療機関名			

私（接種希望者または申請者）は、証明書の利用方法について理解し、以下の内容について同意いたします。

□　対象の予防接種は任意の予防接種であり、ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で接種します。

□　土佐町長がこの申請の内容を確認するため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

□　証明書発行後、予防接種日以前の間に住民でなくなった場合は、証明書を使用しません。誤って使用した場合は、助成額分を医療機関に支払います。