

見本

基本的に、2枚(2回分)
記入が必要。

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 土佐町土居194

氏名 健康 太郎

(被接種者本人署名)

生年月日 S45年12月12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

どちらかを○で囲む。

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

記入不要。