

見 本

様式第1号（第5条関係）

土佐町带状疱疹予防接種費用助成対象者証明申請書

令和6年 5 月 1 日

土 佐 町 長

申請者

住 所 土佐町土居 194

氏 名 健康 太郎

（接種希望者との続柄） 本人

土佐町带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	S 45 年 12 月 12 日 (満 55 歳)
電話番号	0887-82-0442		
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	健康福祉病院		

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。

3
か
所、
無
い
か
確
認。

3
か
所、
無
い
か
確
認。

3
か
所、
無
い
か
確
認。

- ☒ 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。