

岩出市带状疱疹ワクチン任意予防接種予診票発行申請書兼代理受領委任状

年 月 日

岩出市長あて

申請者 住所 _____

氏名 _____

（被接種者との続柄 _____）

TEL（ _____ ） - _____

岩出市带状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、受領委任払いにより
带状疱疹ワクチン任意予防接種費用の助成を受けたいので、以下のとおり申請します。なお、申請に伴う事務
について、被接種者に係る個人情報について閲覧することに同意します。

また、市が実施医療機関に接種費用のうち自己負担金を除いた額（助成金）を直接支払うことについて委任
します。

被接種者氏名 □申請者と同じ	ふ り が な	
	氏 名	
被接種者住所 □申請者と同じ	岩 出 市 TEL（ _____ ） - _____	
生 年 月 日	年 月 日	接種時年齢 歳

接種したいワクチン（1 つ）及び確認事項の□内にレ点を付けてください。予診票を発行します。

接種予定ワクチン	☐ 水痘ワクチン（生ワクチン、1 回接種）
	☐ 带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン、2 回接種）
確 認 事 項	☐ 過去に、带状疱疹ワクチン接種費用助成金の交付を受けていません。 ☐ 予防接種費用のうち助成額（4, 0 0 0 円）を引いた金額を実施医療機関に支 払います。 ☐ 助成は一人 1 回のみであると承知しています。

<事務処理欄>

発 行 日		接 種 時 年 齢	歳
発行予診票	☐ 水痘ワクチン（生ワクチン）	☐ 带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	