様式第１号(第５条関係)

**波佐見町帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業申請書**

　　年　　月　　日

波佐見町長　様

申請者氏名

波佐見町帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 住　　所 | 波佐見町 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 電話番号 |  |
| ※波佐見町帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業の申請は、今回が初めてです。 | はい・いいえ |
| 医療機関名 |  |

同　意　書

波佐見町帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱第３条に該当していることを

確認するため、住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。

申請者氏名