

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者  
住所  
氏名  
（対象者との続柄 ）  
電話番号

鶴ヶ島市带状疱疹予防接種費助成金交付申請書

鶴ヶ島市带状疱疹予防接種費助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市带状疱疹予防接種費助成金交付要綱第4条第3項の規定により、次のとおり申請します。なお、交付要件の確認のため、住民登録情報等の調査、照会閲覧について同意します。

また、申請をするに当たり、次の事項について同意します。

- 1 過去にこの事業の助成金の交付（乾燥組換え带状疱疹ワクチンについては、1回目の交付を除く。）を受けていません。
- 2 予防接種をした日から1年以内です。

助成申請額					円
助成 対象者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
ワクチン種別		接種年月日			
乾燥弱毒生水痘ワクチン		年 月 日			
乾燥組換え带状疱疹ワクチン1回目		年 月 日			
乾燥組換え带状疱疹ワクチン2回目		年 月 日			