

第1号様式(第5条関係)

さつま町帯状疱疹予防接種費用助成金交付対象者証明書交付申請書

帯状疱疹予防接種の助成を受けたいので、さつま町帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条に基づき、さつま町帯状疱疹予防接種費用助成金交付対象者証明書及び委任状兼接種証明書を交付くださいますよう、下記により申請いたします。

また、帯状疱疹予防接種による健康被害が起こった場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)に基づく救済制度及びさつま町予防接種事故災害補償規則(平成23年さつま町規則第14号)に基づく補償の対象のみであることに同意します。

記

申請者

年 月 日

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

続 柄: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

交付を必要とする者の氏名等		接種希望ワクチン (接種希望されるワクチン該当箇所□にレを記入してください。)
住 所	さつま町	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹
フリガナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン
生年月日	年 月 日	【不活化ワクチンの場合】 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
これまでの帯状疱疹予防接種費用助成の有無について 有 ・ 無		【備考】