

清水町長

申請者

受付番号 ※町記入欄	住所	清水町	
	氏名		
	電話番号		
	被接種者と申請者が異なる場合 被接種者との続柄		

清水町帯状疱疹予防接種費用助成申請書兼代理受領委任申出書

清水町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

1 被接種者が受ける予防接種

該当に ○	ワクチン名	種別	交付申請額
	乾燥弱毒生水痘ワクチン	生ワクチン	4,000円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(1回目)	不活化ワクチン	10,000円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(2回目)	不活化ワクチン	10,000円

2 被接種者

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	<input type="checkbox"/> 同上	※同上の場合は記入不要 清水町	

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払ください。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。

(接種日) 年 月 日

受 任 者	所在地	
	医療機関名	
	代表者名	(印)