

様式第1号（第5条関係）

西脇市帯状疱疹ワクチン接種費助成申請書

年 月 日

西脇市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、帯状疱疹ワクチン接種費の助成を申請します。

予防接種対象者		生年月日
フリガナ		年 月 日生
氏名		

委任状

私は（指定医療機関）_____を代理人と定め、
帯状疱疹ワクチン接種費助成の受領に関する権限を委任します。

西脇市長 様

（委任者）住所
氏名

この申請書で得られた個人情報適切に保管し、本事業以外の目的には使用いたしません。

審査	住 所	対象要件	決 裁		
			課長	主査等	担当
	可・否	可・否			