帯状疱疹予防接種費用一部助成事業予診票発行申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）桐生市長

下記のとおり、帯状疱疹予防接種費用一部助成事業予診票の発行について申請いたします。

なお、助成対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

記　　（必須項目）

申請者住所 （被接種者）	〒　　－ 桐生市				
ふりがな 申請者氏名 （被接種者）		生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日	年齢	歳
電話番号	－　　－				
Eメール （あれば）					
申請代理人 氏名		続柄			
ワクチンの種類	希望（予定）するものに☑を記入ください。 □ビケン（生ワクチン） □シングリックス（不活化ワクチン）				
発行方法 ※Eメールまたはファクシミリで申請される方のみ	予診票発行方法に☑を記入ください。 □郵送を希望 □地域医療感染症対策室窓口にて直接受け取りを希望 ※郵送の場合、到着まで１週間程度かかります。本人自宅に郵送します。 ※直接受け取り希望の場合は、申請日から３営業日以降またはEメールに返信があり次第被接種者本人の身分証明書（代理人の場合は本人及び代理人の身分証明書）を持ってお越しください。受取り場所は市役所１階地域医療感染症対策室窓口です。お急ぎの場合はお手数ですが、地域医療感染症対策室までご連絡ください。				

市記入確認欄

確認事項	発行	受付
□桐生市に住民登録がある □年齢が５０歳以上である □帯状疱疹の費用助成を過去に利用したことがない 申請方法（　窓口　・　電話　・　その他　）	□窓口 □郵送	
特記事項		
	□済	確認者（　　）