

令和 8 年度 带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、带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)	〒 一 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
電話番号	—	—		年齢	歳
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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください。 <input type="checkbox"/> ビケン (生ワクチン) <input type="checkbox"/> シングリックス (不活化ワクチン)				
発行方法	予診票発行方法に <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください。 <input type="checkbox"/> 郵送を希望 <input type="checkbox"/> 健康地域医療課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。(申請者あてに郵送します。) ※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申請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。お急ぎの場合はお手数ですが、健康地域医療課 44-8250 までご連絡ください。				

市記入確認欄

確認事項	発行	受付
<input type="checkbox"/> 桐生市に住民登録がある <input type="checkbox"/> 年齢が50歳以上である <input type="checkbox"/> 带状疱疹の費用助成を過去に利用したことがない <input type="checkbox"/> 定期接種対象外である。 申請方法 (窓口 ・ 電話 ・ その他)	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	確認者 ()
特記事項	<input type="checkbox"/> 済	