

山北町帯状疱疹予防接種費用助成事業事前申請書

令和 年 月 日

山北町長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
その他 ()

帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		性別	男 ・ 女
	氏 名				
	生年月日	大正・昭和	年	月	日 (歳)

受付方法

窓口 ・ 電話