

带状疱疹予防接種費助成自己負担免除券交付申請書【任意予防接種】

年 月 日

函 館 市 長 様

带状疱疹予防接種費助成自己負担免除券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

接種希望者 (本人)	住 所	函館市 町 丁目 番 号(アパート名等)		
	ふりがな		性別	生年月日(年齢)
	氏 名		男・女	大昭 年 月 日(歳)
			電 話	
今回の予防接種 について	<input type="checkbox"/> 1回目接種(ピケン・シングリックス・未定) <input type="checkbox"/> 2回目接種(1回目接種日 年 月)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 世帯員全員の非課税を証明する課税証明書の写し			
申請者 (本人・本人以外) ※本人の場合は 記入不要	住 所	函館市 町 丁目 番 号		
	氏 名			
	接種希望者との関係(続柄)			
	連絡先電話番号			

(注意) 申請には、接種希望者の本人確認資料が必要です。

委 任 状

年 月 日

委 任 者 住所 函館市 町 丁目 番 号
(接種希望者)
氏名

私は、次の者を代理人として、带状疱疹予防接種費助成自己負担免除券の交付申請および受領の権限を委任します。

代 理 人 住所 町 丁目 番 号
(窓口に来る方)
氏名 委任者(接種希望者)との関係

※ 窓口に来る方ご自身の本人確認書類の提示が必要です。

担当課確認欄	年 月 日
確 認 者	発行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 非

函館市長様

年 月 日

世帯調書

接種希望者 (本人)	接種希望者と続柄	本人	住所	函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな							生年月日	
	氏名							大・昭 平・令	年 月 日
世帯員	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな							生年月日	
	氏名							大・昭 平・令	年 月 日
世帯員	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな							生年月日	
	氏名							大・昭 平・令	年 月 日
世帯員	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな							生年月日	
	氏名							大・昭 平・令	年 月 日
世帯員	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな							生年月日	
	氏名							大・昭 平・令	年 月 日
世帯員	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな							生年月日	
	氏名							大・昭 平・令	年 月 日

(記載要領)

- 1 代理人(窓口に来る方)が代筆する場合は、代理人ご自身の本人確認資料が必要
- 2 接種希望者(本人)と同居している場合、住所の記入は省略してもよい。
- 3 世帯員の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えない。