

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

奥州市長 宛

申請者（委任者） 住所

氏名

生年月日

電話番号

奥州市带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領委任状

奥州市带状疱疹任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により申請し、助成金受領の権限を下記の医療機関に委任します。

なお、医療機関が市に申請者の心身の状況について報告すること及び市が審査に必要な情報（住民基本台帳、市区町村民税等の課税状況、生活保護法による被保護世帯の該当の有無、申請者の心身の状況について医療機関に報告を求めること等）を確認、調査等することに同意します。

交付申請（上限）額 円

（以下、医療機関記入欄）

対象者確認

带状疱疹に罹患するリスクの高いと考えられる者で、下記のいずれかに該当する。

☐ がん治療を受けた又は現に受けている者

☐ 疾病により免疫抑制剤による治療を受けている者

☐ その他（ ）

上記の者に、下記のとおり接種をしたことを証明します。

医療機関名

接種医師名

接 種 日 年 月 日（ 1 回目 ・ 2 回目 ）

使用ワクチン 不活化ワクチン

Lot No.