

様式第1号（第6条関係）

## 黒部市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成券

黒部市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の受領を下記のとおり委任します。

記

被接種者 (委任)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	年齢	歳（※接種日時点年齢） ※接種日時点で、対象年齢に達していない場合、対象外となります。		
	電話番号			
<b>同意書</b>				
被接種者が黒部市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成交付実施要綱第2条の該当者か否かを確認するため、市が保有する個人情報の照会、閲覧について同意します。なお、助成券については他人への譲渡や重複使用などの不正な使用はいたしません。不正な使用をした場合は助成金を返金いたします。				
被接種者氏名（自署）				
助成内容	医療機関名（受任）			
	接種ワクチン	接種回数	接種日	
	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン （生ワクチン）	<input type="checkbox"/> 1回	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン （不活化ワクチン）	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 2回目		年 月 日		