

様式第1号（第7条関係）

阿久比町任意接種費助成事業申請書

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

阿久比町任意接種費助成事業を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
希望する任意接種	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹（ <input type="checkbox"/> 水痘ワクチン・ <input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン）			
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌（23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン） ・定期接種での接種歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ・本人負担額の免除申請 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない （該当事由 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等）			
	<input type="checkbox"/> 風しん（ <input type="checkbox"/> 風しんワクチン・ <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン） ・ワクチン接種歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ・風しん既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ・風しん抗体価（ ）倍・EIA 価・IU/ml・その他（ ） 検査実施日 年 月 日 検査法（ ）法			
接種医療機関				
私は、過去に本町及び他の市町村から本事業と同様の助成を受けていません。 また、本事業の事務処理に必要な範囲において、町が公簿の閲覧をすること及び接種医療機関が私の助成金を代理受領することに同意します。 対象者氏名（自署）				

添付書類 風しん抗体検査結果票（風しんの接種を希望する場合のみ）