

入力フォーム

1 2 3

下記のフォームにご入力をお願いします。

申請者

氏名

氏 必須 0 / 64

名 必須 0 / 64

氏フリガナ 必須 0 / 64

名フリガナ 必須 0 / 64

住所

郵便番号 必須 0 / 8

都道府県 必須

市区町村 必須 0 / 64

番地 必須 0 / 64

マンション・部屋番号 0 / 64

電話番号

電話番号 必須 0 / 15

生年月日

生年月日 必須

助成対象者

接種予定医療機関

医療機関の名称 0 / 60000

住所

郵便番号 必須 0 / 8

都道府県 必須

市区町村 必須 0 / 64

番地 必須 0 / 64

マンション・部屋番号 0 / 64

接種予定日

接種予定ワクチン

助成券送付先

添付する本人確認書類（助成対象者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類）の種別を選択してください。

本人確認書類の画像を登録してください



→ 確認画面へ進む

入力内容を一時保存する