

別 記

第1号様式（第4条第1項）

記入例

習志野市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

習志野市長 宛て

ワクチン接種を受けた方の
氏名・住所等を記入

令和 〇 年 〇 月 〇 日

書き間違えた場合は、
二重線を引き、修正してください。

1 申請者（接種者）

フリガナ	ナラシノ タロウ	生年 月日	大正 41 昭和 40 年 4 月 4 日 ※接種日時時点で 50 歳以上
氏 名	習志野 太郎		
現 住 所	〒275-△△△△ 習志野市 津田沼5-△-△		
電 話 番 号	（平日昼間つながるもの）047-453-△△△△		

次のとおり、習志野市带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。
なお、助成金の交付に係る審査のため、予防接種の内容について医療機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。

2 予防接種の内容

ワクチンの種類※	乾燥弱毒生水痘ワクチン ビケン（生ワクチン）	乾燥組換え带状疱疹ワクチン シングリックス（不活化ワクチン）	
		1 回目	2 回目
接 種 年 月 日	年 月 日	202●年 〇 月 〇 日	202●年 〇 月 〇 日
接種医療機関名		〇〇〇〇クリニック	〇〇〇〇クリニック
接 種 費 用	円	23,000 円	23,000 円
助 成 額	円(ア) (上限 2, 000 円)	5,000 円(イ) (上限 5, 000 円)	5,000 円(ウ) (上限 5, 000 円)
支給申請額 ((ア) 又は (イ) + (ウ))			10,000 円

※ 助成の対象は、いずれか一方のワクチンによる予防接種です。

3 振込先 ※申請者と異なる口座名義人への振込は裏面委任状が必要です

金融機関名	市役所	銀行 信用金庫 (0201)	本店 支店 (117)
口座番号	普通 当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
フリガナ	ナラシノ ハナコ		
口座名義人	習志野 花子		

<添付書類>

- 接種日及び接種したワクチンの種類が確認できる書類（予防接種済証又は予診票の写し）
- 予防接種に要した費用の支払いを証する書類（領収証原本と明細書）

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします

委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和 〇 年 〇 月 〇 日	
申請者氏名	習志野 太郎
	印

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、委任状の記入が必要です

申請者氏名と押印が必要です