

別 記

第 1 号様式（第 4 条第 1 項）

習志野市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

1 申請者（接種者）

フリガナ		生年 月日	大正 昭和	年	月	日
氏名						
現住所	〒 習志野市					
電話番号	（平日昼間つながるもの）					

次のとおり、習志野市帯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)	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 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	年 月 日	年 月 日
接種医療機関名			
接種費用	円	円	円
助成額	円(ア) (上限2,000円)	円(イ) (上限5,000円)	円(ウ) (上限5,000円)
支給申請額 ((ア) 又は (イ) + (ウ))			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	銀行 信用金庫 ( )		本店 支店 ( )
預金種別	普通 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

<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。

年 月 日

申請者氏名

印