

習志野市带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 | | | ※接種日時点で50歳以上 | |
| 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。
 また、助成金の請求及び受領については、下記の接種医療機関に委任します。

2 予防接種の内容 **※該当項目に☑をつける**

| | | | |
|---------|--|--|------------------------------|
| 予防接種の種類 | <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン ビケン(生ワクチン) | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 |
| 助成額 | 上限2,000円 | 上限5,000円 | 上限5,000円 |
| 接種年月日 | 年 月 日 | | |
| 接種医療機関名 | | | |

※助成の対象はいずれか一方の種類の予防接種のみであり、1人につき乾燥弱毒生水痘ワクチンは1回、乾燥組換え带状疱疹ワクチンは2回までとなります。

申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意します。※☑がないと受けられません

医療機関記入欄

身分証明書による本人確認 **※確認後、☑を入れる**

接種費用 [円] ・ 助成額 [2,000円 ・ 5,000円]

接種年月日 _____ 年 月 日

接種医療機関名 _____