

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る方の
氏名・住所等を記入

令和〇年〇月〇日

◆修正の方法◆
間違えた箇所に二重線を引き
その上に正しい文言を書く

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。

また、助成金の請求及び受領について

ワクチンの種類・回数を確認して
必ずチェックしてください

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 checked="" 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 checked="" 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	202●年●●月●●日	
接種医療機関名	○○○○クリニック	

必ずチェックしてください

一方の種類のみであり、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 [医療機関記入欄の為您記入不要です] [2,000円 ・ 5,000円]

接種年月日 _____ 日

接種医療機関名 _____