

第1号様式（第5条関係）

尾張旭市任意予防接種費用助成申請書【带状疱疹】

尾張旭市長 殿

下記のとおり、任意予防接種に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

本人署名欄	過去において、带状疱疹ワクチン予防接種費用に係る公費助成を受けていない（他市町村含む）ことに間違いありません。重複助成が判明した場合、実費を支払うことに同意します。
	年 月 日 署名

記

申請日（接種日）	年 月 日	※接種日に転出される場合は助成対象外です。 全額費用徴収になります。	
住民票のある住所	尾張旭市		
申請者氏名 (保護者氏名)			
被接種者氏名 (予防接種希望者)			
生年月日 (予防接種希望者)	年 月 日	電話番号	
履歴 <small>該当するところを ☑・記入してください</small>	接種履歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日 / 不活化・生 <small>ワクチン ワクチン</small>		
	●「接種履歴あり」と答えた方へ その時、公費助成を受けましたか。 助成履歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

- ・本申請書は、1回の接種につき1枚必要です。記入漏れがないか確認し提出してください。
- ・接種医療機関の窓口で、接種費用から助成額を差し引いた額をお支払いください。
- ・公費助成は、不活化ワクチン（2回）、生ワクチン（1回）のいずれか一方でお一人様1度限りです。

[医療機関記入欄]

(切り離さないでください)

《助成金の額》

種類	1回当たりの 助成金額	回数 (実施したものに○をつけてください)
不活化ワクチン (シングリックス)	10,000円	1回目 2回目（1回目接種日 年 月 日） ※2回目は、1回目接種から2か月の間隔をおいて6か月の間に接種
生ワクチン（ビケン）	4,000円	1回

《接種内容》

使用ワクチン	接種量 0.5ml	実施場所
Lot No.	接種部位 (筋肉内・皮下)	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	(左・右)	接種年月日 年 月 日

[医療機関の方へ]

- ・本申請書を請求書に添付して市へ請求してください。予診票の添付は不要ですが、必要に応じて照会させていただきます場合があります。