

第1 必ず、申請内容・同意内容を読み、理解したうえで、署名してください。

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。		
令和 ○年	本人署名欄の署名と申請者氏名は同一	署名	尾張 一郎

申請日（接種日）	令和 ○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○○町○丁目○○番地		
申請者氏名（保護者氏名）	尾張 一郎	接種履歴がある場合、接種日・接種ワクチンの種別を記入	
被接種者氏名（予防接種希望者）	尾張 一郎		
生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日	電話番号	○○○○-○○-○○○
該当する口にチェック 履歴 該当するところを <input checked="" type="checkbox"/> 記入してください	接種履歴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（令和 ○年 ○月 ○日 / <input checked="" type="checkbox"/> 不活化・生） <small>ワクチン ワクチン</small>	
	助成履歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●「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。	

- ・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》

	1回当たりの	回数
不活 (シン	ここは、医療機関使用欄のため、記入しないでください。	
生ワク		
《接種内 使用ワ		
Lot N		
(注) 有効期限が切れていないか要確認	(肋内内・皮下) (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。