

尾張旭市任意予防接種費用助成金交付申請書【带状疱疹】

年 月 日

尾張旭市長 殿

〒

申請者 住所 _____

氏名 _____

被接種者との続柄（ ）

電話番号（ ） _____

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。

記

1 被接種者について

被接種者氏名 (予防接種を受けた者)	生年月日	年 月 日
住民票のある住所 (接種日時点)	尾張旭市	
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院・入所 <input type="checkbox"/> 市外滞在 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
接種医療機関	名称	所在地（ 県 市・町・村）

2 接種した予防接種の種類及び金額

種類 接種したワクチンに○をつける	1回当たりの助成金額	回数	接種日
不活化ワクチン (シングリックス)	10,000 円	1回目	
		2回目	
生ワクチン (ビケン)	4,000 円	1回	

3 申請書に添付するもの

予防接種を受けた医療機関で発行された領収書及び明細書（原本）

※接種日、1回当たりの接種費用、ワクチンの種類及び接種回数、支払日が明記されたもの

振込先（申請者名義のもの）の確認できるものの写し