

尾張旭市任意予防接種費用助成金交付申請書【带状疱疹】

令和 ○年 ○月 ○日

尾張旭市長 殿

〒488-0000

申請者 住所 尾張旭市○○町○丁目○番地

氏名 尾張 一郎

被接種者との続柄（本人）

電話番号（0000）00 - 0000

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)	尾張 一郎	生年月日	年 月 日
住民票のある住所 (接種日時点)	尾張旭市○○町○丁目○○番地		
該当する□にチェック 申請理由	<input checked="" 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 ○○○医院	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	接種した（助成を受ける） ワクチンの接種日を記入
	いずれか一方のワクチン を助成	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