

別 記

第1号様式（第4条関係）

（表）

带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和6年6月3日

接種した方の住所・氏名・電話番号

南房総市長

宛

申請者兼請求者 住所 南房総市谷向〇〇〇番地〇

氏名 南房総 太郎 印

電話番号 0470-36-1154

必ず押印

次のとおり、带状疱疹予防接種費用に係る助成金の交付を申請します。

なお、助成金の交付に係る審査のため、住民基本台帳及び医療機関等における情報について、南房総市が必要と認めるときは関係機関に照会し、又は報告を求めることに同意します。

接種日に50歳を超えていること

1 被接種者氏名等

フリガナ	ミナミボウソウ タロウ	生年月日	昭和44年 9月 30日
被接種者氏名	南房総 太郎	(年齢)	(54歳)
内 訳	1回目	接種日	令和6年 4月 1日
		接種費用の額	22,000円
		接種医療機関名	〇〇〇〇クリニック
	2回目	接種日	令和6年 6月 1日
		接種費用の額	22,000円
		接種医療機関名	〇〇〇〇クリニック
助成申請額	10,000円		

※ 助成申請額は、接種に要した費用のうち、1回につき5,000円を上限とし、1回及び2回目の合計額を記入する。

両方記入のこと

助成額5,000円/回の2回分
1回分のみは5,000円

(裏)

2 振込先

振込先	金融機関	〇〇銀行・組合 信用金庫	本店 支店・支所
	種別	普通・当座	口座番号 1234567
	フリガナ	ミナミホウウ タロウ	
	口座名義人	南房総 太郎	

※申請者と異なる名義人の口座に振り込みを希望する場合には、御記入ください。

私は、上記口座名義人に、带状疱疹予防接種費用の助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

本人の口座がない、不明等で家族等に委任する場合

年 月 日 申請者氏名

添付書類

- (1) 接種医療機関発行の領収書
- (2) 接種済証等の予防接種を受けたこと(領収書がない場合は不要)
- (3) 振込口座の分かるもの(通帳の写し等)

原本を添付してください

原本を返却する場合、助成済みのゴム印を押してください

キャッシュカードのコピーもOK

診療報酬明細書、接種済証等(シングリックス)がわかればOK

このワクチンは2回接種が必要ですので2回終了してから申請します。

市に申請できるのは1人一度限りですので、2回分の記入を確認してください。

令和6年3月31日までに1回目を接種した、転入前に1回目を接種した等でなければ必ず2回分の記入となります。

带状疱疹を予防するワクチンは2種類ありますが、助成対象は(不活化ワクチン：商品名シングリックス)のみです。(生ワクチン：商品名ビケン)は対象外です。

ご不明な点がございましたら健康推進課36-1154にお願いいたします。