

様式第1号（第7条関係）

太枠内をご記入ください。

※ 記載方法がわからない場合は健康づくり支援課
（04-7185-1126）までお問い合わせください。

※令和6年4月1日より予防接種係直通（04-7185-1634）

我孫子市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

被接種者本人が申請できません。

令和〇〇年 〇月 〇日

我孫子市長 あて

申請者

住所 我孫子市我孫子1 858
氏名 我孫子 うなきち
電話番号 04-7185-1126

◇ 接種日に満50歳以上が対象です。

带状疱疹予防接種に係る助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、生活保護世帯、中国残留邦人等支援給付受給世帯である場合は、該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

フリガナ	アビコ ウナキチ	生年月日	昭和45年 7月 1日		
被接種者氏名	我孫子 うなきち	(年齢)	(52歳)		
被接種者住所	我孫子市我孫子1 8 5 8				
申請額	円				
内訳	1回目	接種日	〇〇年 〇月 〇日	予防接種費用の額	21,000円
		接種医療機関	名称 ××病院		
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン		
	2回目	接種日	〇〇年 〇月 〇日	予防接種費用の額	21,000円
		接種医療機関	名称 ××病院		
		ワクチンの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン		

次のいずれかに該当する方は、該当する番号に○を付けてください。

- 1 生活保護世帯
- 2 中国残留邦人等支援給付受給世帯

添付書類

- 1 予防接種の接種日及び接種したワクチンが確認できる書類
- 2 予防接種費用の額が分かる領収書
- 3 その他市長が必要と認める書類

◇ 令和4年4月1日以降の予防接種が対象です。