

志摩市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

(宛先)志摩市長

(申請者)住 所

氏 名 印

続 柄 ( )

電話番号

志摩市帯状疱疹ワクチン予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、申請内容について、市が保有する個人情報を見学・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申 請 額	円		
被接種者氏名	生年月日	年 月 日	
予 防 接 種 を 受けた医療機関	電話番号	-	-

ワクチン名	区分	接 種 日	接種費用	助成上限額
乾燥組換え 帯状疱疹ワ クチン (シングリッ クス)	50歳～64歳	① 令和 年 月 日	① 円	① 10,000円
		② 令和 年 月 日	② 円	② 10,000円
	一般 (66歳以上)	① 令和 年 月 日	① 円	① 15,460円
		② 令和 年 月 日	② 円	② 15,460円
	生活保護受給 者(66歳以上)	① 令和 年 月 日	① 円	① 22,060円
		② 令和 年 月 日	② 円	② 22,060円
乾燥弱毒性 水痘ワクチ ン(ビケン)	50歳～64歳	令和 年 月 日	円	4,000円
	一般 (66歳以上)	令和 年 月 日	円	6,260円
	生活保護受給 者(66歳以上)	令和 年 月 日	円	8,860円

助成金の 振込先	銀行・農協 信金・信組		本店・支店 出張所					
	普通・当座	口座番号						
	フリガナ							
	口座名義人							