

様式第1号（第6条関係）

粕屋町带状疱疹予防接種費用助成金申請書兼請求書

粕屋町長 様

年 月 日

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1. 申請者及び被接種者

※太枠内の項目をご記入ください。

申請者	ふりがな			接種を受けた 者との続柄	
	氏 名				
	住 所	〒			
	電話番号				
被接種者	ふりがな	☐ 申請者 と同じ		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名				
	住 所	☐ 申請者 と同じ	〒		

2. 予防接種の内容

※助成の対象はいずれか一方の種類の予防接種のみです。

予防接種の名称	接種年月日		接種費用	助 成 額
	1回目	2回目		
乾燥弱毒生水痘ワクチン (ビケン)	年 月 日		円	上限5,000円
乾燥組換え带状疱疹ワクチン① (シングリックス)	① 年 月 日	② 年 月 日	① + ② 円	上限10,000円／回
			申請額合計	円

3. 添付書類（写し）

☐ 申請者及び被接種者の本人確認のできる書類（運転免許証、マイナンバーカード等） ※被接種者については、接種時（申請時）の住所確認できるもの
☐ 領収書（予防接種の名称及び単価が確認できない場合は、診療明細書等が必要となります。）
☐ 予防接種済証または、予診票控えいずれか一つ
☐ 振込口座の確認ができるもの（通帳、キャッシュカード等）

4. 指定する振込先

振込先 口座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫								本店・支店 出張所	
	口座種別 (○で囲む)	普通・当座	口座番号								
	フリガナ										
	口座名義人										

裏面もご確認ください。

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、粕屋町が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
带状疱疹任意接種費用について、過去に粕屋町または他の市町村から助成を受けたことがありますか。	☐ はい・ ☐ いいえ ※「はい」の場合、 <u>不活化ワクチン（シングリックス）2回目分のみ申請可能</u> です。
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合等には、支給済みの費用を返還することに同意します。	☐ はい

※申請者と被接種者が異なる場合や必要書類が不足している場合等において、追加の書類を求めることがあります。