

近江八幡市長



(申請者)

住所 〒〇〇〇〇—〇〇〇〇  
近江八幡市中村町25

氏名 八幡 一郎

近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金の交付について、近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日 (年齢)	S48年4月2日 (52歳)	〇〇〇〇—〇〇〇〇	
接種状況 ※助成対象は、 いずれか一方の 種類のみと なります。	種類	ビケン		(※)
	接種日	R7年4月1日	年 月 日	2回目
	接種医療機関名	八幡病院		
	接種費用	8,100 円	円	円
	助成金の額	4,000 円	円	円
※ 助成対象となるのは1回目接種から2回目の接種までの間隔が2月以上6月後までの場合です。ただし、免疫不全等があり、带状疱疹罹患のリスクが高い方については、接種間隔が1月以上6月後までの場合であっても助成対象とします。				
助成申請額	4,000 円			

接種日において50歳以上。  
かつ定期接種の対象者以外  
R7.4.1以降に接種。

私が受領する带状疱疹予防接種費用助成については、下記の口座へ振込んでください。

振込先	金融機関名	八幡 <u>銀行</u> 信用金庫 農協		八幡 本店 出張所		<u>支店</u> 代理店	1 <u>普通</u> 2 当座	
	口座番号	1	2	3	4	5	6	口座番号は 右詰記入
	フリガナ	ハチマン イチロウ						
	口座名義人	八幡 一郎						

右詰めです

添付書類

- 接種した医療機関の領収書（対象者名、接種日、予防接種名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）  
※シングリックスの費用助成を申請する場合は、1回目及び2回目の領収書が必要です。
- 振込先金融機関の口座が確認できるもの（通帳又はキャッシュカード）の写し
- 接種者本人が確認できるもの（マイナンバーカードなど）の写し

シングリックス  
1・2回目とも対象  
記入例

住所 (申請者)  
〒0000-0000  
近江八幡市中村町25

氏名 八幡 一郎

近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金の交付について、近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日 (年齢)	S42年4月2日 (58歳)		
接種状況 <small>※助成対象は、 いずれか一方 の種類のみと なります。</small>	種類	ビケン		シングリックス (※)
				1回目
	接種日	年月日		R7年4月1日
	接種医療機関名			八幡病院
	接種費用	円		22,000円
	助成金の額	円		10,000円
※ 助成対象となるのは1回目接種から2回目の接種までの間隔が2月以上6月後までの場合です。ただし、免疫不全等があり、带状疱疹罹患のリスクが高い方については、接種間隔が1月以上6月後までの場合であっても助成対象とします。				
助成申請額	20,000円			

接種日において50歳以上。  
2回目はR7.4.1以降に接種。

0-0000

私が受領する带状疱疹予防接種費用助成については、下記の口座へ振込んでください。

振込先	金融機関名	八幡 <b>銀行</b> 信用金庫 農協		八幡 本店 出張所		<b>支店</b> 代理店	1 <b>普通</b> 2 当座	
	口座番号	1	2	3	4	5	6	
	フリガナ	ハチマン イチロウ						
	口座名義人	八幡 一郎						

右詰めです

添付書類

- 接種した医療機関の領収書（対象者名、接種日、予防接種名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）  
※シングリックスの費用助成を申請する場合は、1回目及び2回目の領収書が必要です。
- 振込先金融機関の口座が確認できるもの（通帳又はキャッシュカード）の写し
- 接種者本人が確認できるもの（マイナンバーカードなど）の写し

近江八幡市長

シングリックス  
1回分のみ対象  
記入例

年 月 日

(申請者)

住所 〒〇〇〇〇—〇〇〇〇  
近江八幡市中村町2 5

氏名 八幡 一郎 1回目と2回目の間は2か月以上6か月未満の間隔。

近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金の交付について、近江八幡市带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日 (年齢)	S30年4月10日 (70歳)	電話番号	〇〇〇 〇〇〇—〇〇〇
接種状況 ※助成対象は、いずれか一方の種類のみとなります。	種類	ビケン	シングリックス(※)	
			1回目	2回目
	接種日	年月日	R6年3月1日	R7年6月1日
	接種医療機関名		八幡病院	八幡病院
	接種費用	円	22,000円	10,600円
	助成金の額	円	10,000円	0円
※ 助成対象となるのは1回目接種から2回目の接種までの間隔が2月以上6月後までの場合です。ただし、免疫不全等があり、带状疱疹罹患のリスクが高い方については、接種間隔が1月以上6月後までの場合であっても助成対象とします。				
助成申請額	10,000円			定期接種の場合は0円です。

接種日において50歳以上。  
2回目はR7.4.1以降に接種。

定期接種の場合は0円です。

私が受領する带状疱疹予防接種費用助成については、下記の口座へ振込んでください。

振込先	金融機関名	八幡 <u>銀行</u> 信用金庫 農協		八幡 本店 出張所		<u>支店</u> 代理店	1 <u>普通</u> 2 当座	
	口座番号	1	2	3	4	5	6	口座番号は右詰記入
	フリガナ	ハチマン イチロウ						
	口座名義人	八幡 一郎						

右詰めです

添付書類

- 接種した医療機関の領収書（対象者名、接種日、予防接種名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）  
※シングリックスの費用助成を申請する場合は、1回目及び2回目の領収書が必要です。
- 振込先金融機関の口座が確認できるもの（通帳又はキャッシュカード）の写し
- 接種者本人が確認できるもの（マイナンバーカードなど）の写し