

近江八幡市長 宛

(申請者)
住所 〒
近江八幡市
氏名

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	□申請者と同じ			
	住 所	□申請者と同じ			
	生 年 月 日 (年 齢)	年 月 日 (歳)	電話番号		
接 種 状 況 ※助成対象は、 いずれか一方 の種類のみに 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	年 月 日	年 月 日	
	接種医療機関名				
	接 種 費 用	円	円	円	
	助 成 金 の 額	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。 <u>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。</u>					
助成申請額	円				

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	銀 行 信用金庫 農 協				本店 支店 出張所 代理店		1 普通 2 当座
	口座番号							口座番号は 右詰記入
	フリガナ							
	口座名義人							

- 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
- ☐ 本人確認ができるもの（マイナンバーカードなど）の写し