

第 1 号様式（第 6 条関係）

带状疱疹ワクチン任意接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）昭島市長

昭島市带状疱疹ワクチン任意接種費助成事業要綱第 6 条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付に係る審査のため、予防接種の内容について医療機関等に照会することに同意します。

1 申請者（被接種者）

フリガナ		生年 月 日	年 月 日 (接種日現在 歳)
氏 名	印		
住 所			
電話番号	(平日昼間つながるもの)		

2 予防接種の内容・助成金の申請額（※いずれか一種類の予防接種のみ）

ワクチンの種類 (○を記入)	乾燥弱毒生水痘ワクチン (ビケン)	乾燥組換え带状疱疹ワクチン (シングリックス)	
		1 回目	2 回目
接 種 年 月 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 費 用	円(ア)	円(イ)	円(ウ)

※ 助成額の上限 乾燥弱毒生水痘ワクチン:5,000 円、乾燥組換え带状疱疹ワクチン:1 回 11,000 円
※ 接種費用が助成額の上限より低い場合は接種費用を助成
※ 生活保護受給者は上限が異なります

助成金の申請額 ((ア)又は(イ)又は(ウ)又は(イ)+(ウ))

	円
--	---

3 助成金の振込先口座（申請者と異なる口座名義人の口座に振り込みを希望される場合は、裏面の委任状への記載が必要です。）

金融機関名			支店等の名称	本店・支店					
口 座 種 別	普通	・ 当座	口座番号						
フリガナ									
口座名義人									

（裏面に続く）

申請者と異なる口座名義人の口座に振り込みを希望される場合は、以下に記入・押印をお願いします。

委任状

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、带状疱疹ワクチン任意接種費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者（口座名義人） 住所 _____
氏名 _____

委任者（申請者） 氏名 _____ 印

【申請に必要な書類】

- ☐ ①申請書兼請求書（この書類。表面に押印が必要です。）
 - ☐ ②接種したワクチンの種類と接種日が確認できる書類（予防接種済証又は予診票の写し）
 - ☐ ③領収書の原本（予防接種名、接種日、金額、被接種者の氏名の記載及び領収印のあるもの）
 - ☐ ④振込先の口座番号、口座名義人がわかるもの（通帳の口座番号欄の写しなど）
 - ☐ ⑤委任状（申請者と異なる口座名義人の口座に振り込みを希望される場合のみ）
- ※ 必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。

【確認事項】

接種日時点で昭島市に住民登録がある。	☐ はい	☐ いいえ
接種日時点で 50 歳以上である。	☐ はい	☐ いいえ
接種日は令和 5 年 11 月 1 日以降である。	☐ はい	☐ いいえ
必要書類がすべて揃 ^{そろ} っている。	☐ はい	☐ いいえ
過去に昭島市から带状疱疹ワクチンの費用助成を受けたことがない。 (シングリックス 1 回目の費用助成を受けたことがあり、 今回 2 回目の助成申請を行う場合は「はい」にチェック)	☐ はい	☐ いいえ