

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

清瀬市長 殿

記入例

年 月 日

(申請者)

助成対象者（予防接種を受けた人）です。

住所 清瀬市中里5丁目842

氏名 健康 一郎

電話番号 042-495-5111

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。
また、申請にあたり助成要件の確認に必要な住民記録を市が調査することについて同意します。

は、該当するところにレ点を付してください。

助成対象者 (予防接種を受けた人)	(フリガナ)	ケンコウ イチロウ
	氏名	健康 一郎
	生年月日	昭和48年 4月 1日 (50歳)
	電話番号	申請者と助成対象者が同一の場合、記入不要
	住所	申請者と助成対象者が同一の場合、記入不要
予防接種の種類と接種日	<input type="checkbox"/> 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」)	
	<input type="checkbox"/> 接種年月日	年
	<input checked="" type="checkbox"/> 不活化ワクチン(シングリックス)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 接種年月日	令和5年4月1日
	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目 接種年月日	令和5年6月1日
申請額	<input type="checkbox"/> 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」) 1回	9,000円
	<input checked="" type="checkbox"/> 不活化ワクチン(シングリックス筋注用) 1回目	9,000円
	<input checked="" type="checkbox"/> 不活化ワクチン(シングリックス筋注用) 2回目	9,000円
	合計	¥18,000円

接種した予防接種にを記入し、接種年月日を記入します。

今回申請する該当金額にを記入します。不活化ワクチンは原則2か月の間隔をおいて2回接種ですが、可能なかぎり2回分をまとめて1度に申請してください。

添付書類

帯状疱疹ワクチン予防接種費用の額が分かる領収書(原本または写し)

帯状疱疹ワクチン予防接種の接種日及び接種したワクチンが確認できる書類(原本または写し)

提出書類をご準備いただき、を記入します。