

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

清瀬市長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

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)	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (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「ビケン」) <input type="checkbox"/> 接種年月日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン(シングリックス筋注用) <input type="checkbox"/> 1回目 接種年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 接種年月日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」) 1回 3,500円 <input 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 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	
申請額	計	円

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)