

桜川市帯状疱疹任意予防接種費用助成券交付申請書

年 月 日

桜川市長 様

桜川市帯状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、下記のとおり申請しますので助成券の交付をお願いします。

1.申請者(窓口に来た方)

フリガナ			
氏名	電話番号		
住民票に記載の住所			
生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他() ※本人の場合は、3.助成内容同意欄へ

2.被接種者(予防接種を受ける方)

フリガナ			
氏名	電話番号		
住民票に記載の住所	桜川市		
生年月日	大正・昭和・西暦 年 月 日		

3.助成内容同意欄(チェックをつけてください)

<input type="checkbox"/>	接種日時点で桜川市に住民登録があり、かつ、50 歳以上であって、過去に本市助成による帯状疱疹ワクチンを受けたことがない方が対象です。
<input type="checkbox"/>	助成回数上限は、生ワクチンは 1 回、不活化ワクチンは 2 回となります。 助成額：生ワクチン 3,000 円 不活化ワクチン 6,000 円(1 回あたり)
<input type="checkbox"/>	助成を受けられるのは、生ワクチン又は不活化ワクチンのいずれか 1 種類、生涯で 1 度のみです。 助成券発行日より前に接種した費用は全額自己負担です。
<input type="checkbox"/>	桜川市協力医療機関以外で接種する場合は、助成は受けられません。 (医療機関によって、接種費用や取り扱いワクチンは異なります。)
<input type="checkbox"/>	助成券は、申請受付後、約 10 日～2 週間ほどで住民票に記載の住所地に発送します。 助成券が届き次第、医療機関への接種予約をお願いいたします。
<input type="checkbox"/>	接種日当日は、助成券と運転免許証や保険証等氏名・住所・生年月日が分かるものをご持参ください。忘れた場合、助成を受けられません。
<input type="checkbox"/>	接種後、予防接種費用と助成額との差額を医療機関にお支払いください。 (予防接種後に費用を請求できる償還払い制度はありません。)

【市記入欄】

受付担当者印	助成歴等確認者印	<input type="checkbox"/> 住所地確認	<input type="checkbox"/> 50 歳以上	交付方法： <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 助成歴なし	<input type="checkbox"/> 助成歴あり	発送日： 年 月 日
		助成券交付決定欄	該当 ・ 非該当	