

(表)

大網白里市帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大網白里市長 様

大網白里市帯状疱疹任意予防接種に係る費用の助成に関する要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳の閲覧及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

※ この申請書は、大網白里市において交付決定した後は、交付決定日をもって請求日とし、大網白里市帯状疱疹任意予防接種費用助成金の請求書として取り扱います。

【申請者欄】（接種を受けた方）

ふりがな		生 年 月 日	接種日年齢
氏 名		年 月 日	歳
住 所	〒	電 話 番 号	()

【接種及び申請（請求）額】

接種ワクチン	接種回数	接種年月日	支払った額	助成額
生ワクチン (助成額：2,500 円/回)	1 回 目	年 月 日	円	円
不活化ワクチン (助成額：6,500 円/回)	1 回 目	年 月 日	円	円
	2 回 目	年 月 日	円	円
* 乾燥弱毒生水痘ワクチン：生ワクチン * 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン：不活化ワクチン		合 計	(A) 円	(B) 円
助成申請（請求）額 ※ (A) と (B) を比較して低い方の額			円	

【助成金の振込先】

金 融 機 関		支 店	
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
フ リ ガ ナ			
口座名義人			

◆ 添付書類は《裏面》参照

(裏)

◆ 添付書類

- ☐ 接種を受けた医療機関が発行する領収書
- ☐ 接種済証その他接種をしたことが確認できる書類
- ☐ 振込先金融機関の口座が確認できる資料
- ☐ 委任状（代理人が申請する場合）
- ☐ その他市長が必要と認める書類

※ 必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

◆ 申請期限 ： 接種日が属する年度の３月３１日

◆ 申請方法 ： 申請書および上記添付書類を健康増進課まで 持参 または 郵送

◆ 郵送先・お問い合わせ

〒299-3251

千葉県大網白里市大網 100 番地 2

大網白里市役所 健康増進課

TEL 0475-72-8321