

三田市帯状疱疹ワクチン任意接種費助成事業 補助金等交付申請書兼請求書(記入例)

令和 ●年 ●月 ●日

三田市長 宛

申請者 住所 兵庫県三田市川除675番地
氏名 三田 太郎
助成対象者との続柄 (本人)
電話番号 079-559-6155

すべてにチェックを記入してください

三田市における接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり接種費の助成を申請(請求)します。

なお、助成金の交付申請にあたり次のことについて同意します。

- 兵庫県内の他の市町で同様の助成を受けていないこと
- 今後帯状疱疹ワクチンが定期接種化した場合、自己負担額に差異が生じる可能性があること
- 内容に不足があった場合には、市より接種実施医療機関に照会を行うこと
- 帯状疱疹ワクチンは任意接種であるため、健康被害が生じた場合には、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)による医薬品副作用被害救済制度の対象となること

助成対象者	ふりがな	さんだ たろう		T	●●年	●月	●日
	氏名	三田 太郎		生年月日	(S)	(●●歳)	
	住所	〒 669-1514 三田市 川除675番地		電話番号 079-559-6155			
予防接種の種類		1. 帯状疱疹ワクチン					
ワクチン名 ※いずれかに○		①. ビケン(生ワクチン) 2. シングリックス (不活化ワクチン)【1回目】 3. シングリックス (不活化ワクチン)【2回目】					
接種日		令和 ●年 ●月 ●日					
接種実施医療機関名		●●病院					
医療機関住所		三田市●●町●●-●●				TEL ●●● (●●●) ●●●●	
接種費用		8,000 円		※領収書に記載の接種費用と同額を記入してください			
助成申請額		4,000円					
振込先	金融機関名	●● 銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店(支店) ●● 出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号	●	●	●	●
	ふりがな	さんだ たろう				※振込先の口座名義人は助成対象者と同一であること	
口座名義人		三田 太郎					

【添付書類】

- (1) 領収書原本(日付、助成対象者名、金額、但し書き、発行医療機関名の記載のあるもの)
- (2) 予診票の写し等(助成対象者名、接種日、接種医療機関名、予防接種の種類、ワクチン名等の記載のあるもの)
- (3) 振込口座がわかるもの(通帳、キャッシュカード等)のコピー

【市処理欄】

住民確認	生年月日	接種日	領収書	予診票写し	振込口座	確認担当者	検収
記入不要です							年 月 日