

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

令和 年 月 日

三田市長 宛

申請者 住 所
氏 名
助成対象者との続柄 ()
電話番号 - -

三田市帯状疱疹ワクチン任意接種費助成事業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		生年月日	T	年	月	日
	氏 名			S	(歳)		
	住 所	〒 三田市 電話番号 - -					
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							
医療機関住所		TEL ()					
接種費用		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, 0 0 0 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				※左詰めで記入
	ふりがな					※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							

【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
						所属：健康福祉部 健康増進課 氏名：	年 月 日