

様式第 5 号（第10条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）
菊川市帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成金交付申請書（償還払い用）

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

申請者 住 所
氏 名
電 話

菊川市帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成金の交付を申請します。

被接種者	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	(歳)
	住 所	〒 ()	
予防接種の種類及び交付申請額 (該当する項目に☑を入れ、接種日を記入してください。)	☐ 帯状疱疹（弱毒生水痘ワクチン）	4,000円	
	接種日		
	☐ 帯状疱疹（組換え帯状疱疹ワクチン） 1 回目	4,000円	
	接種日		
	☐ 帯状疱疹（組換え帯状疱疹ワクチン） 2 回目	4,000円	
	接種日		

(行政確認用)

☐ 本人確認書類
☐ 接種したワクチンの種類がわかるもの
☐ 接種したワクチンの金額がわかるもの
☐ 接種した日にちがわかるもの
☐ 口座情報がわかるもの