

様式第 1 号（第 5 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

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☑を入れてください。)	☐ 帯状疱疹 (弱毒生水痘ワクチン)	4,000円	
	☐ 帯状疱疹 (組換え帯状疱疹ワクチン) 1 回目	4,000円	
	☐ 帯状疱疹 (組換え帯状疱疹ワクチン) 2 回目	4,000円	

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。

【誓約・同意事項】

助成金の請求及び受領を接種医療機関に委任しますか。	☐ はい
助成券の紛失、破損が生じた場合でも助成券の再発行をしないことに同意しますか。	☐ はい