

勝山市長 様

申請者
住所
氏名
電話

带状疱疹予防接種費助成金交付申請書「市外医療機関接種者用」

このことについて、带状疱疹予防接種費助成事業を実施したので、下記のとおり交付を申請します。

記

1 事業名 带状疱疹予防接種費助成事業

2 助成金 _____円

内訳) 予防接種単価 _____円×1/2× _____回

※1回あたりの助成の上限は、12,500円とし1円未満は切り捨てとする

3 添付書類 医療機関の領収書

助成対象

生年月日	年 月 日	年齢 (接種時50歳以上対象)	歳
医療機関名			
回数	接種日	ワクチン (いずれか○印で囲む)	
1回目	年 月 日	生ワクチン(ビゲン) 不活化ワクチン(シングリックス)	
2回目	年 月 日	不活化ワクチン(シングリックス)	

※領収書(レシートは不可)は、带状疱疹予防接種とわかるものを添付してください。