

様式第1号（第6条関係）

羽村市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

羽村市長 宛

羽村市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付に係る審査のため、予防接種の内容について医療機関等に照会することに同意します。

1. 申請者（被接種者）

フリガナ ----- 氏 名		生年月日	年 月 日 (接種日現在 歳)
住 所			
電話番号			

2. 予防接種の内容・助成金の申請額（※いずれか一種類の予防接種のみ）

ワクチンの種類 (○で囲む)	乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)	
		1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種医療機関名			
接種費用	円	円	円
助成費用	円 (上限：4,000円)	円 (上限：10,000円)	円 (上限：10,000円)

※接種費用が助成額の上限より低い場合は接種費用を助成

助成金の申請額（合計）

	円
--	---

3. 助成金の振込先口座（※口座名義人が申請者と異なる場合は裏面の受領委任欄の記載が必要です。）

金融機関名			支店等の名称	本店・支店			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号					
フリガナ -----							
口座名義人							

(裏面に続く)

4. 受領委任欄（※申請者と異なる口座名義人の口座に振込みを希望する場合のみ記入）

私（申請者）は、次の者を代理人（受任者）と定め、羽村市带状疱疹予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者氏名	
受任者住所	

5. 確認事項（※すべて「はい」の場合のみ申請が可能です。）

接種日時点で羽村市に住民登録がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
接種日時点で50歳以上である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
接種日は令和6年4月1日から令和6年6月30日である。 ※不活化ワクチンの2回目接種の場合は、上記の期間以降の接種日でも「はい」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去に羽村市または他の自治体から带状疱疹予防接種費用助成を受けたことがない。 ※医療機関で助成費用を差し引いて接種費用を支払った場合は申請できません。 ※不活化ワクチンの1回目接種の費用助成を受けたことがあり、今回2回目の申請を行う場合は「はい」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

6. 申請に必要な書類（※添付した書類にしてください。）

- ①申請書兼請求書（この書類）
- ②接種済みの記載がある予診票（用意できない場合は④でも可）
- ③予防接種に係る領収書の原本（用意できない場合は④でも可）
- ④羽村市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請用証明書（②または③が用意できない場合のみ医療機関に記入してもらう必要があります。）
- ⑤振込先の口座番号、口座名義人がわかるもの（通帳やキャッシュカードの写し）
- ⑥委任状（申請者と異なる口座名義人の口座に振込みを希望する場合のみ、4の受領委任欄を記入してください。）

※必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。