

様式第 1 号（第 6 条関係）

向日市带状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業 申請書兼助成金請求書

年 月 日

（宛先）向日市長

向日市带状疱疹ワクチン予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。なお、交付決定を行うために必要な住民基本台帳等の情報について、市が確認することに同意します。

記

申請者 (被接種者)	住 所	向日市 町		連絡先(電話)
	氏 名		生年月日	年 月 日生
申 請 の 条 件 確 認 (□にチェックしてください。)		☐ 接種日に向日市の区域内に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されている50歳以上の者 ☐ 带状疱疹ワクチン定期接種（生ワクチン1回又は不活化ワクチン2回）を受けていない者		
交 付 申 請 額 (請 求 金 額)		円		
使用ワクチン名の種類		接 種 日	かかった費用	助成金額 ※
乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)		年 月 日	円	円
乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円

※助成金額は、かかった費用の1/2です。1円未満は切り捨ててください。
上限額は、乾燥弱毒生水痘ワクチン4,000円、乾燥組換え带状疱疹ワクチン10,000円です。

1 添付書類（チェックしてください。）

- ☐ 領収書（写し可）
- ☐ 領収書に被接種者氏名、接種日及びワクチンの種類の記載がない場合には、確認できる書類

2 振込先口座（申請者本人の口座をご記入ください。）

金 融 機 関 名		銀行・金庫・農協		支店
預金の種類	普通 ・ 当座		口座番号	
口座名義	フリガナ			
	氏 名			

添付資料（チェックしてください。）

- ☐ 口座確認資料（通帳の写し、キャッシュカードの写しなど）