

第1号様式（第5条関係）

鈴鹿市帯状疱疹ワクチン接種費助成金交付申請書

（宛先）鈴鹿市長

鈴鹿市帯状疱疹ワクチン接種費助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

なお、助成金の交付については、帯状疱疹の予防接種を受ける医療機関を代理人と定め、助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

また、助成対象該当の可否、接種状況等の確認にあたり、市が住民基本台帳等を閲覧、調査すること及び医療機関に確認、調査することに同意します。

＜助成対象者＞接種日に鈴鹿市に住民登録のある満50歳以上の方

＜助成額・回数＞①又は②のいずれか一方です。

ワクチンの種類	助成額	助成回数
① 不活化ワクチン	1回あたり 10,000 円	2回 (一定の間隔をあけて2回接種します)
② 生ワクチン	1回あたり 4,000 円	1回

＜費用助成の方法＞

- 1 下記【申請者記入欄】を記入し、予防接種を受ける医療機関窓口にご提出ください。
- 2 医療機関で予防接種を受けてください。
- 3 医療機関に接種費用（助成額を差し引いた額）をお支払いください。

＜申請者記入欄＞

予防接種を受ける日	年 月 日	
予防接種を受ける医療機関の名称		
費用助成の区分 (○をしてください)	① 不活化ワクチン (助成1回目・助成2回目) ② 生ワクチン (助成1回目)	
接種を受ける者	氏名	
	生年月日 (年齢) (満50歳以上が対象です)	M / T / S 年 月 日 接種日の年齢 (歳)
	住所 (住民登録のあるところ)	鈴鹿市
	連絡先	電話・FAX等 (- -)
●私は、接種日に、鈴鹿市に住民登録があり、満50歳以上です。 <input type="checkbox"/>		
●私は、過去2か月の間に、帯状疱疹ワクチンを接種していません。 <input type="checkbox"/>		
●私は、過去の接種歴等について、医療機関が市に確認することに同意します。 <input type="checkbox"/>		

【医療機関記入欄】確認後、チェックをお願いします。

鈴鹿市帯状疱疹ワクチン接種費助成の対象者に該当することを確認しました。