

様式第 1 号（第 5 条関係）

愛西市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）愛西市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

被接種者との続柄（ ）

愛西市带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

被接種者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	
接種年月日	年 月 日 年 月 日 <u>※带状疱疹ワクチン2回分の申請の場合は、両日を記入してください。</u>	
申請金額	円 <u>※带状疱疹ワクチン2回分の申請の場合は、合計額を記入してください。</u>	
予防接種を受けた医療機関	名 称	
	住 所	

※添付書類

- ①带状疱疹予防接種に係る領収書（接種年月日、带状疱疹予防接種に係る費用を領収した旨及び被接種者の氏名が記載されたものに限る。）
- ②予診票（写し可）又は、接種済証等（接種ワクチン名及び接種年月日がわかるもの）