

みなかみ町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者

住 所

ふりがな

氏 名

被接種者との関係

電話番号

私は、みなかみ町任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記の事項に同意の上、みなかみ町任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 当該申請の審査に当たり、住民基本台帳による世帯状況、予防接種歴等について町が調査すること。
- 当該助成金の交付決定を受けたときは、当該助成金を予防接種費用として、町が実施医療機関に対し支払いを行うこと。

●被接種者（申請者と同じ場合は※の記入は不要です）

住 所 ※	みなかみ町		
ふりがな ※			
氏 名 ※			
生年月日	年 月 日	電話番号 ※	
接種予定日	年 月 日	接種予定 医療機関	
助成金額・ 接種希望 ワクチン	<input type="checkbox"/> 生ワクチン「ビケン」（4,000円助成）※接種回数は1回 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン「シングリックス」（1回につき10,000円助成） ※接種回数は2回		
接種希望理由等	<input type="checkbox"/> 過去にこの予防接種を受けていないため <input type="checkbox"/> 過去にこの予防接種を全額自己負担で接種しているため（定期該当年齢） ワクチンの種類（ ） 接種日（ / ） <input type="checkbox"/> 過去にこの予防接種を全額自己負担で接種しているため（定期該当年齢外） ワクチンの種類（ ） 接種日（ / ） <input type="checkbox"/> 組換えワクチンにおいて、定期接種期間中に1回目は済んでおり、2回目を受けていないため（1回目接種から6か月後の同じ日まで接種可能）		
備 考	過去に組換えワクチンを全額自己負担で2回接種している場合は、生ワクチンのみ接種可能です		