

みよし市任意予防接種費用助成事業 申請書（令和5年度）

〔带状疱疹〕

みよし市長 様

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する予防接種台帳や住民登録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請日 (接種日)	令和 年 月 日		
申請者 (被接種者)	ふりがな	生年月日	年 月 日
電話番号 (携帯電話)		性別	男 ・ 女
住 所	みよし市		
申請する ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (※どちらかに✓)		

種類	対象	1回あたりの助成額	助成回数
水痘ワクチン	50歳以上のみよし市民	4,000円*	上限1回
乾燥組換え带状疱疹ワクチン	50歳以上のみよし市民	10,000円*	上限2回

*助成額は、医療機関の窓口で接種費用から差し引かれます。

申請にあたり、以下のことについて誓約します。(※全てに✓が必要です。)

- 接種時点でみよし市に住民登録があり、50歳以上であること
- ワクチンの種類、助成額及び助成回数について理解し、助成回数の上限を超えて申請しないこと
- 虚偽の情報により申請をしないこと

-----以下、医療機関記入欄-----

〔医療機関の方へ〕

- 1 上記に記入漏れがないか確認をお願いします。
- 2 本申請書のみ報告書に添付して市へ請求してください。
予診票の添付は必要ありませんが、必要に応じて照会させていただきますことがあります。
- 3 接種医療機関名等を記入してください(ゴム印可)。



接種医療機関					
医療機関コード					
医療機関名称					