

みよし市任意予防接種費用助成事業 申請書（令和 7 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		
希望するワクチンの種類・回数の欄に○印を記入してください			
種類・回数	対象	1 回あたりの 助成額	○印 記入欄
水痘ワクチン	50 歳以上の みよし市民 (定期予防接種対象者 ※を除く)	4,000 円	
乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1 回目		10,000 円	
乾燥組換え带状疱疹ワクチン 2 回目		10,000 円	
※定期予防接種対象者：今年度 65・70・75・80・85・90・95・100 歳を迎える者および令和 7 年 4 月 1 日時点で 100 歳以上の者			
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			
☐ 定期予防接種対象者※に該当しないこと			
☐ ワクチンの種類、助成の額や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
させていただくことがあります。
- 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						