

予防接種費助成金交付申請書（おとな任意接種__带状疱疹）

下野市長 様		令和 年 月 日
申請者		住所：_____
		氏名：_____
		電話：_____（ ）
		被接種者との続柄：（ ）
フリガナ		生年月日
被接種者氏名		大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
受診理由	1 被接種者が、本市以外に一時滞在しており、本市での接種が困難なため 2 被接種者が、病気治療等により、委託契約以外の医療機関等に入院若しくは通院しているため 3 その他（ ）	
一時滞在地	〒 _____ 電話： _____	

☐ 私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
振込口座			普通		

① 太線内を記入の上、二重線内は接種した医療機関で証明を受けてください。

② 接種時の「予診票の写し」を必ず添付してください。

※ 接種日から1年以内に提出してください（1年を過ぎたものは助成対象外となります）。

※ 受託医療機関以外の医療機関で接種する場合は、原則、事前申請が必要です。事前申請をせずに行った任意予防接種により生じた健康被害については、下野市予防接種事故災害補償規程第3条に定める補償の対象とする予防接種となりませんので、ご注意ください。

接種済票（医療機関で記入してください。）

接種項目	※該当箇所を○で囲んでください	接種日
	带状疱疹 生ワクチン	令和 年 月 日
	带状疱疹 組換えワクチン	接種料金
	（ 1回目 ・ 2回目 ）	_____ 円
上記のことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 医師名		