

裏面もご確認ください。

様式第1号（第5条関係）

申請対象となる方は、令和6年4月1日以降に全額自費で带状疱疹予防接種を受けた、申請日時点で綾川町に住民登録のある50歳以上の方です。

綾川町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

綾川町長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内の項目をご記入ください。

1. 申請者及び被接種者

申請者	フリガナ			接種を受けた者 との続柄	
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号				
被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	氏名				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		

2. 予防接種の内容 ※助成の対象はいずれか一方の種類のみです。

予防接種の種類	乾燥弱毒生水痘ワクチン (ビケン)	乾燥組換え带状疱疹ワクチン (シングリックス)	
		1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種に要した金額	円	円	円
助成額	上限4,000円	上限10,000円	上限10,000円
		申請額合計	円

3. 指定する振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・()	本店・支店 出張所
預金種別	普通	当座
口座番号		
フリガナ		
名義人氏名		

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、綾川町が必要と認めるときは調査を行うこと（マイナンバー制度による情報連携を含む。）に同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい
帯状疱疹任意接種費用について、過去に綾川町から助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合、 <u>不活化ワクチン（シングルリックス）2回目分のみ申請可能</u> です。
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合等には、支給済みの費用を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい

【提出書類】

接種記録が確認できる書類（接種済みの記載がある予診票の写し等）

接種費用の支払いを確認できる書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

※原則、原本をご提出ください。

※接種を受けた方の氏名、接種年月日、医療機関名、ワクチン名、ワクチン単価が明記されていることが必要です。領収書に記載がない場合は、必ず明細書も添付してください。

被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）

※申請時住所記載の住民票、マイナンバーカード、運転免許証等いずれか

振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

※原則、口座名義人は被接種者に限ります。

※申請者と被接種者が異なる場合や必要書類が不足している場合等において、追加の書類を求めることがあります。