

別 記

第1号様式（第5条関係）

带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

鎌ケ谷市長 様

申請日 年 月 日

带状疱疹任意予防接種費用の助成を受けたいので、申請します。なお、鎌ケ谷市が申請資格等を審査するために公簿等を確認すること及び交付決定があった後にこの申請書を請求書として取り扱うことに同意します

申請者	氏名 _____ 続柄 _____
	住所 _____
	電話番号 () _____ 昼間の連絡先 () _____
委任	※ 家族等（鎌ケ谷市带状疱疹任意予防接種費用助成要綱第5条第2項第1号又は第3号の規定による代理人）が申請者になる場合は、下記の署名欄に被接種者本人が署名してください。 私、被接種者は、上記の者を代理人と認め、带状疱疹任意予防接種費用助成金の申請又は受領を委任します。 被接種者署名

1 予防接種の内容 ※助成の対象はいずれか一方の種類のみとなります。

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
被接種者氏名			年 月 日
住所（申請者と異なる場合に記入してください。） 鎌ケ谷市			
予防接種の種類	ビケン （乾燥弱毒生水痘ワクチン）	シングリックス（乾燥組換え带状疱疹ワクチン）	
		1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種医療機関名			
接種に要した金額			
助成額 ※1	接種に要した金額の2分の1 （上限4,000円）	接種に要した金額の2分の1 （上限5,000円）	接種に要した金額の2分の1 （上限5,000円）

※1 生活保護受給者及び中国残留邦人等支援給付受給者の方は、接種に要した金額の全額が助成対象となります。

2 助成金の申請額（請求額） _____円

※2 上記1の対象となる助成額の合計金額（※1の場合は接種に要した金額）を記入してください。

3 指定する振込先

私、申請者は、交付決定のあった助成金を次の口座へ振り込むことを依頼します。

	銀行 信用金庫	支店 出張所
普通・当座	フリガナ	
口座番号	口座名義人	

鎌ケ谷市使用欄

【添付書類】

- 領収書の写し（※接種を受けた方の氏名、接種年月日及びワクチン名が記載されているもの）
- 申請者本人を確認することができる書類の写し
- 生活保護受給証明書又は中国残留邦人等支援給付受給証明書（必要な方のみ）

交付決定（請求却下）の日 年 月 日