

小平市任意予防接種費用助成金交付申請書

小平市長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

原則として、同じ氏名、住所となります。

氏 名 \_\_\_\_\_ (※)

小平市任意予防接種費用助成金の交付  
第9条第2号の規定により、次のとおり  
なお、市長が、住民基本台帳等の調査  
機関等へ照会することについて同意します。

該当のワクチンに○をしてください。  
・乾燥弱毒生水痘ワクチン(商品名:ビケン)  
・乾燥組換え带状疱疹ワクチン(商品名:シングリックス)  
\*シングリックスの場合は、接種回数を記入してください。  
(2回分をまとめて申請する場合は、「1、2回目」としてください。)

和暦(大正・昭和)  
で記入してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名	*「同上」で可		
住所・電話番号	〒 _____ 小平市 _____	電話番号	( ) ( )
接種ワクチンの種類	带状疱疹ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン)	・	带状疱疹ワクチン (乾燥組換え带状疱疹ワクチン) ( 回目)
接種年月日	年 月 日	交付申請額	円
接種医療機関名	(所在地: )		

電話番号は必ず記入してください。

接種に要した費用及び接種を証明する書類を添付してください。  
 接種した医療機関等が発行した領収書の原本  
 接種時に使用した予診票(本人控)の写し

シングリックスについて、2回分をまとめて申請する場合は、2段書きで接種日を記入してください。

- (記入例)
- ① ○年○月○日
  - ② △年△月△日

〇〇県〇〇市(〇〇区)まで記入してください。

記入不要です。(市で記入します。)

\*【参考】助成額は以下のとおりです。  
・ビケン 4,000円  
・シングリックス 10,000円(1回あたり)  
\*シングリックスについて、2回分をまとめて請求する場合は、20,000円となります。

領収書は接種を受けた人の氏名、日付、金額、医療機関名・接種ワクチン等の内容が記載されている原本が必要です。