様式第１号（第４条第１項関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

伊豆の国市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成申請書

令和　　年　　月　　日

伊豆の国市長　宛

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄　　□本人　□同一世帯員

□その他（　　 　　 ）

伊豆の国市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり

申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　名 | □申請者と同じ |  |
| 住　所 | □申請者と同じ |  |
| 生年月日（年齢） | 　　大正・昭和　　　年　　　月　　　日　　（　　　　歳） |
| ワクチンの種類※該当する項目に〇を付けてください。不活化ワクチン希望の場合は２回分の申請が可能です。 |  | 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）　助成額4,000円 |
|  | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）１回目　助成額10,000円 |
|  | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）２回目　助成額10,000円（１回目接種日　令和　　年　　月　　日） |
| 接種実施（予定）医療機関名 |  |

**【誓約・同意事項】**

* 対象の予防接種は任意の予防接種であり、ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で接種します。
* 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ときは双方の登録情報）及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
* 予診票発行後、予防接種日以前の間に住民でなくなったときは、予診票を使用しません。誤って使用したときは、助成額分を医療機関に支払います。