

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

舟橋村長 宛て

申請者

住所

氏名

生年月日

電話番号

舟橋村带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書

舟橋村带状疱疹任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、舟橋村带状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、当該助成金の請求及び受領委任払について、協力医療機関（予防接種を実施した医療機関。以下同じ。）に委任します。

交付申請額 金 円

希望するワクチンの種類		助成金の上限額
☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）		5,000 円/回
☐ 1回目 ☐ 2回目	乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	10,000 円/回

同意書

舟橋村带状疱疹予防接種費用助成事業の実施にあたり、対象要件の確認のため、村が保有する住民基本台帳上の情報及び予防接種の実施状況について、村と医療機関が必要最小限度の範囲内で情報を共有することに同意します。助成制度の利用はどちらかのワクチンで一人1度限り（生ワクチンは1回接種、組換えワクチンは2回接種）であることについて了承し、この事業による助成金を重複して受けたとき、又は不正に受けたときは、当該助成金を返金いたします。

申請者氏名

備考

- 助成の対象となる带状疱疹任意予防接種は、任意の予防接種です。ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で、接種してください。
- 带状疱疹任意予防接種については、ワクチンの供給不足等により希望される日に接種できない場合があります。

〈医療機関記入欄〉

予防接種を行った日	協力医療機関
年 月 日	医療機関名及びその所在地並びにその代表者の氏名 印