

知立市帯状疱疹任意予防接種助成対象者認定申請書

令和 年 月 日

知立市保健センター所長

申請者
住所
氏名
電話番号
被接種者との続柄（本人・　　）

帯状疱疹予防接種費用助成券の交付について、下記のとおり申請します。なお、申請内容について必要に応じて市が保有する予防接種台帳や住民登録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します

被接種者

住所	
ふりがな	
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日 (歳)
申請ワクチン	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン） <input type="checkbox"/> 組換えワクチン（シングリックス）1回目と2回目 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン（シングリックス）1回目のみ <input type="checkbox"/> 組換えワクチン（シングリックス）2回目のみ (1回目接種日 年 月 日)
参考 (1回あたりの助成額)	生ワクチン（ビケン）4,000円/回 (助成回数最大1回) 組換えワクチン（シングリックス）10,000円/回 (助成回数最大2回)

同意欄

1. 過去に帯状疱疹予防接種を受けたことがありますか

(はい・いいえ)

2. 任意予防接種助成制度を使用することにより、知立市における同予防接種の定期対象者とならないことを了承します

(はい・いいえ)

【市記入欄】

受付方法：	<input type="checkbox"/> 窓口・ <input type="checkbox"/> 郵送	受付者
本人確認：	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード・在留カード・その他 ()	
助成履歴：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
交付方法：	窓口・郵送（要返信用封筒）・その他 ()	