設楽町帯状疱疹予防接種費用助成事業ワクチン接種申請書

　年　　月　　日

設楽町長宛

　　　　　　　　申請者

住　所

　　　　　　　　　　　　接種者との続柄　□本人　□同一世帯員　□その他（　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号（　　　　　　　　　　　　　）

帯状疱疹予防接種の接種券発行にあたり下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな  氏　名 | □申請者  　と同じ |  |
|  |
| 住所 | □申請者  　と同じ |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 連絡先  電話番号 | □申請者  　と同じ |  |
| 送付先住所 | □申請者  　と同じ |  |
| 接種状況 | 接種予定  ワクチン  （いずれかに〇印） | １.帯状疱疹ワクチン「シングリックス」（不活性化ワクチン）２回  助成額：１回１１，０００円×２回  　　　　　町外医療機関は上限１回１０，０００円×２回  ２.水痘ワクチン「ビケン」（生ワクチン）１回  助成額：１回４，０００円×１回 | |
| 接種医療機関 | 伊藤内科　・　月新堂医院　・　つぐ診療所　・　町外医療機関 | |

※助成の対象ワクチンは、１人につき帯状疱疹ワクチン「シングリックス」不活性化ワクチン（２回）か水痘ワクチン「ビケン」生ワクチン（１回）のいずれかです。

※　町内の医療機関で接種の場合は、接種費用から助成額を引いた額をお支払いください。

※　町外の医療機関で接種の場合は、接種費用を全額支払った後、申請手続きにより一部返金されます。

※　接種希望者は、必ず申請が必要です。申請しない場合は助成を受けられない場合があります。