

様式第1号（第5条関係）

相生市帯状疱疹ワクチン接種費助成申請書

令和 年 月 日

（あて先）相生市長

住 所

氏 名 (続柄)

電話番号 () -

任意の予防接種である帯状疱疹ワクチンの接種について、下記のとおり申請します。

接種を受ける人	住 所	相生市			
	氏 名		男 女	生年 月 日	年 月 日 (満 歳)
受ける任意予防 接種の種類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（乾燥弱毒性水痘ワクチン）【1回】 <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン）【1回目】 <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン）【2回目】※				
助成金額	生ワクチン		不活化ワクチン		
	接種費用の1/2（1回） 【上限4,000円】		1回あたり接種費用の1/2（2回） 【上限10,000円】		
自己負担額	接種費から上記助成金額を引いた額				
接種を希望する 医療機関	所在地				
	医療機 関 名				
備考	※不活化ワクチン2回目のみ申請の場合 【1回目接種日 令和 年 月 日】				

※2回目接種は1回目接種日から6か月以内に接種すること。