

第2号様式（第5条関係）

中野区帯状疱疹任意予防接種費用助成申請書

2023年 6月10日

申請期限は接種した日の翌年度の9月末までです。

申請者(本人)口座に振り込みます。本人の氏名を記入・押印をお願いします。

いて、次のとおり助成を申請します。

下と同じ印を押印ください。

中野

住 所	中野区中野4-8-1		
氏 名	中野 太郎	電話番号	03(3382)6500

朱肉を利用する印を明確に押印してください。読み取れない場合は、再度ご提出いただく必要があります。

2 助成対象者

住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	1972年 5月 10日 (満 50 歳)
任意予防接種の種別及び接種日	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン (ビケン) <input type="checkbox"/> 接種年月日 年 月 日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (シングリックス) <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 接種年月日 2023年 3月 3日 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 接種年月日 2023年 6月10日		

3 振込先口座 (※申請者と異なる)

ゆうちょ銀行の振込用口座は漢数字3桁、口座番号7桁です。通帳見開き1ページ目の下段をご確認のうえご記入ください。

金融機関名	みずほ	銀行	信用金庫	信用組合	農協	中野	支店
預金種別	普通・当座	口座番号	1234567				
フリガナ	ナカノ タロウ						
口座名義人	中野 太郎						

原則、被接種者本人名義の口座をご記入ください。他名義人口座への振込みは裏面委任状が必要です。

4 申請額

20000円

助成額を超えた場合、超えた分は自己負担となります。助成額以下の場合、支払った金額を記入してください。

助成上限額 (1回につき) 乾燥弱毒生水痘ワクチン 4,000円  
乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000円

5 添付書類

- 接種記録の分かる領収書 (原本)
- 予診票などの接種記録 (写し)

領収書は日付・金額・医療機関名・接種名等の内容が記載されている原本が必要です。記載がない場合は、明細を添付してください。

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記に記入・押印をお願いします。

## ※ 委 任 状

年 月 日

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、带状疱疹任意予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

委任者（申請者）

氏名 \_\_\_\_\_

印