

(その3)

記入例

(带状疱疹ワクチン用)

令和●年●月●日

佐倉市任意予防接種費用助成申請書

(宛先) 佐倉市長

(申請者)

氏名 佐倉 太郎

申請者は、接種者(本人)

住所 佐倉市江原台2-27

電話番号 090(1234)1111

佐倉市任意予防接種費用助成事業実施規則第5条の規定により、任意予防接種費用に要した費用の助成を申請します。

記

※申請できるのは、原則、接種を受けた本人に限ります。

フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和34年3月1日 (接種日当日 65歳)
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と同じ場合、✓のみ	
接種日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		
被接種者の個人番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●		
予防接種の内容	※予防接種の種類(①・②)のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
予防接種の種類	回数	接種年月日	申請額
<input type="checkbox"/> ①生ワクチン(ビケン)	1回目	年 月 日	円 (上限2,000円)
<input checked="" type="checkbox"/> ②不活化ワクチン(シingleックス)	1回目	令和6年6月10日	5,000 円 (上限5,000円)
	2回目	令和6年8月15日	5,000 円 (上限5,000円)

申請額には上限があります。両ワクチンとも、接種費用(医療機関に支払った額)がワクチンの上限額を超えた場合、上限額を記入してください。

私が受領する予防接種費用の助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

金融機関名	銀行		本店
ゆうちょ	信用金庫	〇五八	支店
	農協		支所
機関コード	9	9	0
	0	0	支店番号
			0
			5
			8
	普通	当座	
口座番号	123456		
フリガナ	サクラ タロウ		
口座名義人	佐倉 太郎		

**申請者（被接種者）の
口座情報を記入。**

※申請者が口座をお持ちでない
場合のみ、委任状に記入の上、
別名義人の口座情報を記入。

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※自署の場合は押印不要です。

※委任状

私は、上記口座名義人に予防接種費用の助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 年 日

申請者氏名 (印)

【確認事項】 ※該当する項目に☑を入れ、必要事項を記入してください。

① 転入された方で、転出前の自治体から公費助成を受けた方は、はいに☑。 ② 該当するワクチン・回数、自治体名を記入。 ※それ以外の場合は、いいえに☑	帯状疱疹ワクチンの任意予防接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことはありませんか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
種類 <input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン) 1回 / 市・町・村	成分 <input checked="" type="checkbox"/> 不活化ワクチン (シグリックス) 1回 / ▲▲ (市) 町・村 2回 / 市・町・村

※他自治体で、生ワクチン（1回）または、不活化ワクチン（2回）分の助成を受けている場合、佐倉市の助成を受けることはできません。

【提出書類】

- ☑ 接種を受けた医療機関が発行する領収書の原本
- ワクチンの種類及び金額が分かる明細書の原本
(領収書に当該種類及び当該金額の記載がない場合に限る。)

領収書はこれらが記載されていればOK!

不活化ワクチン2回接種の場合は、
2回分必要です。

領収書

- ☑ 氏名
- ☑ 医療機関名
- ☑ 接種年月日
- ☑ ワクチン名
- ☑ 接種金額