

別記様式第1号（第5条関係）

带状疱疹ワクチン任意接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

木津川市長 宛て

申請者 住所
氏名
電話

带状疱疹ワクチン任意接種費用助成金の交付を受けたいので、木津川市带状疱疹ワクチン任意接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、交付決定を行うために必要な住民基本台帳等の情報について、市が確認することに同意します。

被接種者	住所			
	氏名		電話	
	生年月日	年	月	日（接種時点の年齢 歳）
接種したワクチン		<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（組換えワクチン）	
接種日		年 月 日	1 回目 年 月 日	2 回目 年 月 日
支払額 ①		円	円	円
自己負担額	固定額 ②	5,000円	12,000円	12,000円
	接種費用基準額を超えた額③ ※	(③=①-9,000円) 円	(③=①-22,000円) 円	(③=①-22,000円) 円
助成額 ① - (②+③)		円	円	円

※ 支払額①のうち、接種費用基準額（生ワクチン9,000円、組換えワクチン22,000円）を超えた額を記入してください。

例) 生ワクチンで支払額①が10,000円の場合、1,000円を記入
生ワクチンで支払額①が8,000円の場合、0円を記入

振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所						
預金種別	普通・当座	口座番号							
口座名義	(フリガナ)								

- <添付書類>
- 任意接種を行った医療機関が発行する領収書その他任意接種に係る支払額が確認できる書類の写し
 - 被接種者氏名、接種日、ワクチンの種類等の接種記録が確認できる書類（予診票、予防種済証等）の写し
 - 振込先がわかるものの写し