

様式第1号(第4条関係)
 带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書
 (1回目)

年 月 日

(宛先) 静岡市長

静岡市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付要綱
 第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。
 なお、助成を受けられる場合の助成金の請求及び
 受領については、下記の医療機関に委任します。

※太枠の中のみを記入してください

被接種者 (申請者) の情報	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
助成金額	円	静岡市 確認欄

【同意事項】

- 1 接種日時点で、上記の情報に誤りがある場合は、助成を受けられない場合があること。
- 2 助成対象とならない場合は、接種費用全額を実施医療機関へ支払うこと。
- 3 本制度の事務処理に必要な限度において、静岡市長が関係機関に上記の情報を提供すること。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の請求、受領について受任します。

受任者	医療機関所在地
	医療機関名称 代表者職・氏名
接種年月日	使用ワクチン名
年 月 日	ワクチン名 Lot No. (ロット番号シール貼付)
1回目接種日	年 月 日

様式第2号(第4条関係)
 带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書
 (2回目)

年 月 日

(宛先) 静岡市長

静岡市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付要綱
 第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。
 なお、助成を受けられる場合の助成金の請求及び
 受領については、下記の医療機関に委任します。

※太枠の中のみを記入してください

被接種者 (申請者) の情報	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
助成金額	円	静岡市 確認欄

【同意事項】

- 1 接種日時点で、上記の情報に誤りがある場合は、助成を受けられない場合があること。
- 2 助成対象とならない場合は、接種費用全額を実施医療機関へ支払うこと。
- 3 本制度の事務処理に必要な限度において、静岡市長が関係機関に上記の情報を提供すること。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の請求、受領について受任します。

受任者	医療機関所在地
	医療機関名称 代表者職・氏名
接種年月日	使用ワクチン名
年 月 日	ワクチン名 Lot No. (ロット番号シール貼付)
1回目接種日	年 月 日

※太枠の中のみを記入してください

送付先	
氏名	住所
様	〒 静岡市 区

<申請書について>

- ▶ 申請書の太枠の中、送付先の太枠の中をご記入ください。(太枠は計3ヶ所あります。)
- ▶ 申請書の書き方は、裏面の記入例をご覧ください。
- ▶ 静岡市で、助成の対象者であることを確認した後、約2週間で申請書を返送します。
- ▶ 申請書の「静岡市確認欄」に押印されていることを確認し、接種を受ける際は、この申請書を医療機関へお持ちください。
- ▶ 申請書は、医療機関で切り離しますので、1回目と2回目の申請書は切り離さないでください。

(医療機関で切り離してください。)

(医療機関で切り離してください。)