**帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金申請書兼請求書**

申請日　令和　　　年　　　月　　　日

西東京市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　（　　　　）

　　　　　　　　　※申請できるのは被接種者本人又は接種費用を負担した方に限ります。

西東京市帯状疱疹ワクチン任意予防接種に係る接種費用助成金交付要綱第５に基づき、必要書類を添えて助成金を申請及び請求します。この助成を受けるために必要な範囲内において、公簿の確認及び医療機関への問合せを行うことに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた方 | 氏　名（フリガナ）　□**申請者と同じ** | | 生年月日  明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 |
| 現住所　□**申請者と同じ**  　〒 | | 接種日時点の年齢 |
| 歳 |
| 接種日時点の住所　□**現住所と同じ** | | 電　話　□**申請者と同じ**  （　　　　　　） |
| 接種を受けたワクチン | □「ビケン」（生ワクチン）  □　「シングリックス」（不活化ワクチン）　１回目  □　「シングリックス」（不活化ワクチン）　２回目 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 接種日 | 支払額 | 助成上限額 | 請求額 | 接種医療機関 |
| １回目 | 年　月　日 | 円 | 円 | 円 | 名称：  住所：  電話： |
| ２回目 | 年　月　日 | 円 | 円 | 円 | 名称：  住所：  電話： |
| 合　　　計 | | | | 円 |  |

※請求額は、接種費用と助成上限額のいずれか低い方の金額になります。

※助成対象となる接種は、令和５年４月１日から同年７月31日までに自費で受けた分です。

※接種日から１年以内に申請してください。郵送の場合、期限内に必着となるようにご留意ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金は次の口座に振り込んでください。　　　　　　※被接種者本人又は費用負担した方の口座を記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | | 種別 | 口座番号 | | | | | | | 口座名義（カタカナ） |
| コード |  |  |  |  | コード |  |  |  | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **銀行** | | | | | **支店** | | | |

**必要な添付書類　１　接種を受けた日・ワクチンの種類が確認できる書類の写し（接種済み証など）**

|  |
| --- |
| 収受印 |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 審査 | 確認 | 入力 |
|  |  |  |  |

**２　接種費用を支払ったこと及び金額を証明できる書類の原本（領収書など）**

**３　受給証明書（生活保護受給世帯及び中国残留邦人等支援給付世帯の方のみ）**

|  |
| --- |
| 助成金交付額 |
| 円 |