別記

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

栗東市長 様

栗東市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請者 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ ( ) _____

栗東市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第3条の対象者に該当するため、第5条の規定に基づき助成金を交付されたく申請します。なお、この申請に基づく交付決定にあたり、栗東市が保有する情報について閲覧すること、及び医療機関等に問い合わせをすることに同意します。

被接種者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
接種者住所			
対象要件確認項目 ※右記のいずれにも該当すること。	【全対象】 ☐ (1) 接種日において65歳以上の栗東市民、かつ、日本国内で接種した。 ☐ (2) 生ワクチン又は不活化ワクチンの1回目の接種は、令和7年3月31日までに接種した。 【初回申請者は除く】 ☐ (3) 過去に本助成金の交付を受けたことがあるが、交付申請上限を超えていない。 (生ワクチンは1回のみ、不活化ワクチンは2回まで、いずれかのみ対象) 【不活化ワクチンの2回目接種のみ】 ☐ (4) 1回目の接種日の2箇月後から6箇月後までに接種した。又は帯状疱疹に罹患するリスクの高いため、1回目の接種日の1箇月後から6箇月後までに接種した。		
実施医療機関等の名称			
ワクチンの種類	接 種 日	接 種 費 用	請 求 額
乾燥弱毒生水痘ワクチン （「生ワクチン」）	年 月 日	円	円
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン （「不活化ワクチン」）	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円

.....(キリトリ線).....

年 月 日

金 _____ 円

下記のとおり、栗東市帯状疱疹予防接種の助成金を請求します。

栗東市長 様

申請者住所							
氏名	⑨						
振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協			本店 支店 出張所	種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号					番号は右詰めでご記入ください	
	フリガナ						
	口座名義人						

備考 申請の際は、印鑑をお持ちください。

- 添付書類 (1) 実施医療機関等が発行した接種費用の記載がある領収書（帯状疱疹の予防接種と分かるもの）の写し
(2) 予防接種の記録が記載されている予診票又は予防接種済証等の写し
(3) 振込先口座の通帳又はキャッシュカード等の写し
(4) 不活化ワクチン1回目の接種について、本助成金の交付を受けていないときは、1回目の接種記録がわかるものの写し

2 助成額は、生ワクチンの場合は2,000円、不活化ワクチンの場合は1回当たり5,000円を上限とします。