

年 月 日

带状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼代理受領に関する委任状

清須市長 様

清須市带状疱疹予防接種費助成に関する要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。
 なお、助成金の受給資格確認に当たり、住民基本台帳の確認を行うこと及び医療機関等に対する確認を行うことに同意します。

また、助成金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

申請者記入	接種者住所	
	(フリガナ) 接種者氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	

	ワクチンの種類	乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)	
			1回目	2回目
接種日		年 月 日接種	年 月 日接種	年 月 日接種
接種量 Lot. No.	接種量	m l	m l	m l
	Lot. No.	Lot. No.	Lot. No.	Lot. No.
被接種者確認	氏名・年齢・住所の確認	氏名・年齢・住所の確認	氏名・年齢・住所の確認	氏名・年齢・住所の確認
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
助成金額		5,000円	10,000円	10,000円
医療機関	所在地			
	名称	医師名		

備考 以下の方は助成の対象外となります。

・接種日当日において清須市に住民票がない方及び50歳未満の方。

・定期接種対象の方。

・既に清須市で規定回数の助成を受けた方や定期接種として規定回数の接種を受けた方。

(規定回数とは、生ワクチンの場合は1回、不活化ワクチンの場合は2回となります。)

任意の带状疱疹予防接種
接種にあたっての注意事項

1 助成対象

接種当日に清須市内に住民登録のある満 50 歳以上の方

※定期接種対象の方は本助成の対象外となります。

※助成は 1 人につき生涯 1 度のため、既に清須市で規定回数の助成を受けた方や定期接種として規定回数の接種を受けた方は対象外となります。(規定回数とは、生ワクチンの場合は 1 回、不活化ワクチンの場合は 2 回となります。)

2 接種における助成の回数

- ・生ワクチンの方は 1 回まで。
- ・不活化ワクチンの方は 2 回まで。(※既に定期接種で 1 回接種済の方は本助成は 1 回までとなります。)

3 助成費用および接種費用の支払い

- ・助成費用は、接種 1 回あたり生ワクチン 5,000 円、不活化ワクチン 10,000 円です。
- ・医療機関でのお支払いの際は、接種に要する費用から助成額を差し引いた金額をお支払いください。

4 健康被害に対する救済措置について

任意の带状疱疹予防接種は、予防接種法に基づかない接種であるため、万一、带状疱疹予防接種による健康被害が生じた場合は、予防接種法の被害救済対象にはなりません。独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく、救済の対象になります。

問合せ：清須市役所 健康推進課 感染症予防係
電話 052-400-2911 (代表)