

新座市带状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(申請先) 新座市長

住所
申請者 _____
氏名 _____
電話 () _____

以下のとおり任意予防接種を受けたので、関係書類を添えて次のとおり申請(請求)します。
なお、本申請(請求)に当たり、新座市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請金額 金 _____ 円

◆ 接種内容

被接種者 (接種をした方)	フリガナ 氏名	
	带状疱疹ワクチン 接種日時点の住所	新座市
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
実施医療機関	医療機関名: 住所:	
带状疱疹ワクチン接種内容 ※該当する項目に☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> ビケン (接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> シングリックス1回目 (接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> シングリックス2回目 (接種日 年 月 日)	

◆ 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支店 出張所
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義人		

※ この申請書に以下の書類を添付して、保健センターまで提出してください。(郵送可)

- ① 接種済証の写し・予診票の写しなど、接種を受けたことを証明する書類
- ② 接種の際の領収書及び診療明細書の写しなど、接種した予防接種の種類と金額がわかる書類

[提出期限]

令和7年3月31日(消印有効)

【新座市保健センター】 〒352-0011 新座市野火止二丁目9番37号 電話番号 048-481-2211