

碧南市带状疱疹任意予防接種費助成認定申請書

令和 年 月 日

碧南市長 殿

申請者 ^{ふりがな}氏名 _____
住所 _____
電話番号 _____
被接種者との続柄 本人 同居の親族
その他（ ）

私は、下記の者の任意の予防接種である带状疱疹予防接種を希望するため、助成券を申請します。
また、助成券の申請にあたり、裏面の説明の内容を理解し、すべてに同意をします。

予防接種を受ける人 (被接種者)	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
	生年月日	T・S	年 月 日 (歳)
申請予防接種	<input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン) <input type="checkbox"/> 組換えワクチン (シングリックス) 1回目・2回目		

・助成券等の郵送を希望しますか。(申請から2週間ほどかかります。)

希望する → 被接種者の住所 異送付先(登録済) その他(以下に記入ください)
送付先 〒 _____

_____ 都道府県

_____ 様方

希望しない → (窓口受け取り: 月 日 時以降にお渡し予定)

裏面の説明への同意を必ずしてください。

※市確認欄 带状疱疹予防接種の接種歴なし 任意の助成(他市町村含む)履歴なし
 7年度定期対象者の場合:予診票の回収必須→回収できない場合は、今年度の申請は不可
 申請者の本人確認【何で確認したか:運転免許証・マイナンバーカード・ _____】
 裏面の同意がされているか 対応職員() 発行(/)

帯状疱疹予防接種任意接種費用の助成を申請するにあたり、下記のことを理解したうえで申請してください。（✓が1つでも漏れている場合は、申請の受付ができません。）

① 今までに帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。

ない

ある

・任意

・定期

生ワクチン	接種日	年	月	日・不明
組換えワクチン	接種日	1回目	年	月 日・不明
		2回目	年	月 日・不明

② 帯状疱疹の定期予防接種（令和7年度開始）を受けたことがある人は助成を受けられません。

理解した

③ この助成を受けた人は、来年度以降に帯状疱疹定期予防接種の対象になっても除外されます。（予診票が送付されません。）

理解した

④ 今回の申請は、予防接種の費用（自費接種）を助成する制度のため、任意接種になります。

「任意接種」とは、予防接種法で規定されている「定期接種」以外の予防接種です。接種に必要な費用は、原則、個人（予防接種を受ける人）が負担します。

理解した

⑤ 任意接種（予防接種法に基づかない接種）で健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に基づく救済を受けることとなります。予防接種法と比べて救済の対象、給付額等が異なります。任意接種であることを理解して、助成券の交付を申請してください。

理解した

⑥ 今回の助成金の受領を助成券取扱医療機関に委任します。（助成券を医療機関に提出して、予防接種の費用から助成金の額を控除した額を医療機関にお支払いください。）

理解した

⑦ この助成は、予防接種当日に碧南市に住民登録がある人が対象です。接種後、日にちを遡って転出の届出をした場合は、助成の対象となりません。予防接種の費用は全額自己負担です。

理解した

⑧ 今年度内で助成券の再交付はできません。紛失しないようご注意ください。

理解した