

様式第1号

年 月 日

沼田市長 様

沼田市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

下記のとおり、带状疱疹予防接種費用助成金交付の対象であることを申請いたします。なお、対象者であることを確認するため、申請内容について必要により市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

また、沼田市と委託契約をした医療機関で接種を受ける場合、市が実施医療機関に接種費用のうち自己負担金を除いた金額を直接支払うことを委任します。

記

※枠内の該当する□にレを記載する

住 所	〒 沼田市			
被 接 種 者 ふ り が な 氏 名		男 女	電話番号	
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日生まれ (歳)			
助 成 金 額 (接種1回あたり)	☐ 4, 0 0 0 円(生ワクチン：接種回数は1回) ☐ 1 0, 0 0 0 円 (組換えワクチン：接種回数は2回) ☐ 生活保護受給者は自己負担なし			
接種予定医療機関				
確 認 事 項	☐ 過去に、带状疱疹予防接種費用助成金交付申請をしていません ☐ 沼田利根医師会に属する協力医療機関で接種を受ける場合、接種費用から助成金額を除いた金額を、医療機関に支払います ☐ 沼田利根医師会に属する協力医療機関以外で接種を受ける場合、接種費用の全額を医療機関に支払い、市に接種及び支払を証明する書類等を提出し、手続きが完了することで、市が申請に係る助成金額を支払います			

(代理人) 住所

氏名

続柄 ()

電話 ()