

第2号様式（第5条関係）

令和8年度東大和市予防接種費（带状疱疹任意接種用）助成金交付申請書

年 月 日

東大和市長 殿

令和8年度東大和市予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

※被接種者の情報を記入。原則、申請者は被接種者としてください。被接種者以外を申請者とする場合は、余白に申請者の氏名住所等を記入してください。

被接種者（申請者※）	フリガナ				
	氏名 (被接種者)		生 年 月 日	年 月 日	
	住 所 等	〒 - - 電話 - -			
	申請するワクチン（今回申請のみ☑をし、記入）※上限額を記入、ただし医療機関支払額が上限額に満たない場合は支払額を記入）	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン） ：乾燥弱毒生水痘ワクチン	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（シングリックス） ：乾燥組換え带状疱疹ワクチン		
		<input type="checkbox"/> （1回接種）	<input type="checkbox"/> （1回目）	<input type="checkbox"/> （2回目）	
		接種日	接種日		
		____年 月 日	____年 月 日	____年 月 日	
		申請額（上限 6,500 円）	申請額（上限 12,500 円／1回当たり）		
	____円※	____円※	____円※		
接種医療機関 (クリニック名、 病院名等を記入)					

【確認・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、東大和市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回申請する带状疱疹ワクチンは、令和5年4月1日以降に接種したワクチンですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (※「いいえ」の場合は助成の対象外となります。)
今回申請する分以外に、過去に1回分（不活化ワクチンは2回接種分）の带状疱疹ワクチンの費用助成を東大和市から受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (※「はい」の場合は助成の対象外となります。)
申請内容に偽りや相違があり、助成要件に該当しなかった場合には、助成済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(裏面へ続く)

【申請に必要な書類】

- ①申請書（この書類）
- ②請求書（押印が必要です。請求者名はこの書類の申請者と同一です。）
- ③口座登録依頼書（振込先口座の情報を記入、押印が必要です。請求者名と口座名義人は、この書類の申請者と原則同一としてください。異なる場合は委任状が必要となります。）
- ④申請する予防接種についての、医療機関への支払額がわかる領収書等
- ⑤接種したワクチンの種類（生又は不活化）、接種日等がわかる明細書等
（④の領収書に⑤の情報の記載がある場合は、④のみで可、ワクチンの種類は、ワクチンのロットシールの添付等でも可）

※必要書類が不足している場合に、追加の書類を求めることがあります。