

赤枠内を記入してください

① 年 月 日

市の受付印と交付番号がないものは病院で使用できません。

交付決定日	印
交付決定通知番号	
沼市健第3号 - 交付番号	

任意予防接種費助成金交付申請書兼代理受領委任申請書

申請者 ②

住 所	沼津市	
氏 名		
電話番号		
被接種者と申請者が異なる場合 被接種者との続柄		

沼津市带状疱疹ワクチン任意予防接種費助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第4条第1項の規定により、助成金の交付を申請することとし、その請求及び受領については、下記の指定医療機関に委任します。

なお、助成金の交付の決定のため、被接種者の住民登録状況について、沼津市が調査を行うことに同意します。

不活化ワクチンを選択する方は2枚の申請書の提出が必要です

1 被接種者が受ける予防接種

③ どれか一つに○	ワクチン名	種 別	交付申請額
<input type="checkbox"/>	乾燥弱毒生水痘ワクチン	生ワクチン	4,000円
<input type="checkbox"/>	乾燥組換え带状疱疹ワクチン(1回目)	不活化ワクチン	10,000円
<input type="checkbox"/>	乾燥組換え带状疱疹ワクチン(2回目)	不活化ワクチン	10,000円

2 被接種者

④ フリガナ氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 同上	※同上の場合は記入不要 沼津市

※ 接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。

【委託医療機関記入欄】

要綱第4条第3項の規定により、上記助成金の請求及び受領について受任します。

(接種日) 年 月 日

受任者	所在地
	医療機関名

赤①～④ 記入後、保健センターに返送してください。