様式第１号（第４条関係）（用紙　日本産業規格A4縦型）

　　年　　月　　日

清水町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 | 清水町 | |
| 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 | |  |

申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号  ※町記入欄 |  |

清水町帯状疱疹予防接種費用助成申請書兼代理受領委任申出書

　　清水町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第４条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

１　被接種者が受ける予防接種

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当に○ | ワクチン名 | 種　　別 | 交付申請額 |
|  | 乾燥弱毒生水痘ワクチン | 生ワクチン | 4,000円 |
|  | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(１回目) | 不活化ワクチン | 10,000円 |
|  | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(２回目) | 不活化ワクチン | 10,000円 |

２　被接種者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 住 所 | * 同上 | ※同上の場合は記入不要  清水町 | | |

※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。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、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  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |