

伊丹市带状疱疹ワクチン接種費用助成申請書

伊丹市長様

伊丹市带状疱疹ワクチン接種費助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。なお、申請にあたり、以下のことに同意します。

- ・伊丹市が本申請に必要な範囲で住民基本台帳の確認を行うこと。
- ・伊丹市が転入前の自治体に対して、助成の交付を受けていないことの確認を行ったり、予防接種を受けた医療機関に対して、带状疱疹ワクチンの接種状況の確認を行うこと。

※太枠内をご記入ください。

申請者 (対象者)	住所	〒	申請日	年 月 日
			日中の 連絡先	()
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
申請する带状疱疹ワクチン接種について、該当する項目に☑をお願いします。 ☐ 带状疱疹ワクチン接種費用助成の申請は、今回初めてである。 ☐ 带状疱疹ワクチン接種費用について、他の自治体から助成を受けたことはない。				
予防接種を受けた年月日 (令和 7 年 4 月 1 日以降)		年 月 日	予防接種時 の年齢	歳
申請額確認①に接種費用(税込)をご記入ください。				
①接種費用		円		
②助成限度額		4,000 円		

申請金額 (①か②の低い方)
円

振込 口座	金融機関名		支店名		支店番号 ()
			支店・支所		
	普通 当座 その他	口座番号	フリガナ		
口座名義人					

【受付職員記載欄】

本人確認 (写)	接種時年齢	領収書及び明細書 (又は様式第 2 号)	接種済証	振込口座	接種時住基情報
写真付 1 点 写真なし 2 点	満50歳以上 でかつ 令和8年3月 31 日時点で60歳 以下		ワクチン名・ 回数	対象者名義 (写)	あり・なし

伊丹市帯状疱疹ワクチン接種費用助成請求書

伊丹市長様

※太枠内をご記入ください。

住所	〒	請求日	年 月 日
		日中の 連絡先	()
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			

交付決定を受けたので、伊丹市帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱第 7 条の規定により、下記のとおり請求します。

請求金額
円

振込口座	金融機関名		支店名		支店番号 ()
	口座番号		支店・支所		
			フリガナ		
	普通 当座 その他		口座名義人		