

尼崎市带状疱疹予防接種費補助申請書
(償還払い用請求書兼同意書)

申請は、接種された日から令和7年3月31日までに申請してください。

尼崎市長 あて

带状疱疹ワクチンを接種しましたので、必要書類を添付し接種費用の一部助成を申請します。
また、添付書類の内容について、医療機関に照会されることに同意します。

請求年月日 令和 年 月 日
(千 -)
申請者 住所：
(保護者) 氏名(続柄)： ()
電話： () -

フリガナ		生年月日	大正 昭和	年 月 日
接種者氏名				
接種医療機関名	()市・区・町・村 医療機関名：()			
接種ワクチン	生ワクチン 不活化ワクチン ※○をつけてください。			
接種日	(1回目) 令和 年 月 日 (2回目) 令和 年 月 日 ※不活化ワクチンのみ			
申請額	円			

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種別	普通 当座 貯蓄
フリガナ		口座番号		
口座名義人				
委任欄 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、記入・押印してください。	私は、上記請求代金の振込先について、私の名義でない口座を指定していますが、この口座振込をもって支払の効力が生じることについて、異議ありません。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____			

(審査後に交付決定通知書を申請者住所宛に送付しますが、別の送付先を希望される場合は下記太枠内に記載願います。)

(千 -) (様方)

※以下は記入しないでください

※申請に必要なものの確認

- 「尼崎市带状疱疹予防接種費補助申請書」
- 予防接種を接種したことがわかる領収書の写し(金額、氏名、予防接種の種類が記載されているもの)
- 尼崎市民であることや対象年齢が確認できる書類(保険証、マイナンバーカード等)の写し
- 通帳など振込先に指定した金融機関の口座名義・口座番号のわかるものの写し

市処理欄	令和 年 月 日	課長	係長	係	公印	交付決定額
	承認します。					円