

带状疱疹ワクチン助成試行的事業予診票発行申請書

申請日 年 月 日

由仁町長 様

次のとおり、带状疱疹ワクチン接種費用助成及び予診票の発行について申請します。

フリガナ 申請者 (接種希望者) 氏名	生 年 月 日	T S 年 月 日	年 齢	歳
申請者 (接種希望者) 住所	〒 ー 由仁町		電話 番号	
健康保険	(該当に○印) 国保 ・ 後期高齢者 ・ その他 ()			
ワクチン の種類 接種を希望する ワクチンに ☑を記入く ださい。	☐ 生 ワ ク チ ン 自己負担額 4, 8 6 0 円×1 回接種 (助成額 4, 0 0 0 円×1 回) ☐ 組替えワクチン 自己負担額 1 2, 0 6 0 円×2 回接種 (助成額 1 0, 0 0 0 円×2 回)			
げんきチケ ットの利用	げんきチケットの利用 (円分) ※自己負担の一部にげんきチケットを最大 1, 200 円まで利用可能。 前年度、特定健診・長寿健診（同内容の職場健診含む）を受けた方が対象です。			
同意欄 同意される場 合☑を記入く ださい。	☐ 私は、50 歳以上で、定期接種（年度末 65、70、75、80、85、90、95、100 歳、100 歳以上）に該当しません。 ☐ 今後、定期接種の対象年齢になった場合も、助成対象とならないことに同意します。（带状疱疹ワクチン接種費用の助成は生涯に 1 度です。） ☐ 私は、これまで、带状疱疹ワクチン接種費用の助成を受けたことはありません。 ☐ 申請にあたり、町が保有する個人情報並びに世帯構成員の町税（料）及び公共料金（町営住宅家賃・給食費・水道料・保育料のほか墓地管理料を含む。）の納付状況を確認することに同意します。			

町記入確認欄

- ☐ 由仁町に住民登録があり、居住実態がある
 - ☐ 年齢が 50 歳以上である
 - ☐ 世帯構成員が町税（料）及び町の公共料金を滞納していない
 - ☐ これまで、带状疱疹ワクチン接種費用助成を利用したことがない
 - ☐ 任意接種対象者の確認
- 添付
- ☐ 前年度の特定（長寿）健診結果
 - ☐ げんきチケット（ 円）