

医療機関控え市提出用

日野市帯状疱疹ワクチン予防接種助成申込書

令和 年 月 日

(あて先)
日野市長

帯状疱疹ワクチン予防接種にあたり、日野市帯状疱疹ワクチン予防接種助成事業に基づく助成金の請求及び受領に関する権限を下記医療機関に委任します。

申込者氏名 _____

※太枠内に記入してください。

申込者氏名	
生 年 月 日	年 月 日 (満 才)
住 所	
任意予防接種の種別 及び助成金額	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性水痘ワクチン 5,000 円 (1 回のみ)
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 10,000 円 (2 回まで) <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 (1 回目接種 年 月 日)

※申し込みできるのは接種日時点で 50 歳以上の日野市民の方のみとなります。

医療機関処理欄

① 本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () ※公的機関が発行した住所・年齢が確認できるもの
② 接種日	年 月 日
③ 医療機関名	
④ 接種費用設定額	乾燥弱毒性水痘ワクチン _____ 円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン _____ 円

※お問合せ先 日野市日野本町 1-6-2

日野市生活・保健センター内 健康課

TEL 042-581-4111 Fax042-583-2400

Mail kenkou@city.hino.lg.jp