

☐医療機関控え☐市提出用

日野市带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

带状疱疹ワクチン予防接種にあたり、日野市带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。

フリガナ		
申込者氏名		男・女
生 年 月 日	昭和 年 月 日 (満 才)	
住 所	日野市	
任意予防接種の種別 及び助成金額	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン 3,000 円 (1 回のみ)	
	☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000 円 (2 回まで)	
	☐ 1 回目 ☐ 2 回目 (1 回目接種 年 月 日)	

※令和5年度・6年度に带状疱疹予防接種の助成(規定回数)を受けている方は対象外です。

※申し込みできるのは接種日時点で50歳以上64歳までの日野市民の方のみとなります。

(ただし、定期接種の対象と重複する場合は定期接種が優先となります)

医療機関処理欄

① 本人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 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	乾燥弱毒生水痘ワクチン _____ 円
	乾燥組換え带状疱疹ワクチン _____ 円

《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 【Fax】 042-583-2400 【Mail】 kenkou@city.hino.lg.jp

(2025.4 改訂)