

## 带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

西宮市長 様

〒 -

申請者

住 所

(被接種者)

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日

電 話 ( ) -

(注) 電話番号は必ず繋がりやすい番号を記載してください。

請求内容に不備があった際に、連絡がとれない場合はお支払いができません。

## 【必要書類チェック欄】①と②の両方を提出

- ①  領収書 (接種費用の支払を証明する書類)
- ②  予診票のコピー等 (接種記録が確認できる書類)

西宮市带状疱疹ワクチン接種費補助事業実施要綱第5条の規定に基づき次のとおり予防接種費用の助成を申請します。接種費用については下記口座に振り込んでください。また、以下の内容について同意・誓約します。

- ・西宮市がこの申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について調査、照合、閲覧すること。
- ・本申請分の带状疱疹予防に係る任意接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けたことがないこと。
- ・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの助成金を返還すること。

※令和7年(2025年)3月31日(月)を過ぎた場合は、請求をすることができませんのでご注意ください。

★提出先(郵送または窓口)：〒662-0911 西宮市池田町8-11 西宮市保健所 保健予防課 予防接種チーム

接種医療機関名		接種医療機関所在地	
ワクチンの種類 (番号に○)	1. 水痘ワクチン(ビケン) 2. 带状疱疹ワクチン(シングリックス)		
接種年月日 (接種時年齢)	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	請求金額	4,000円

## 振込先口座

銀行の場合	銀行名	支店名	種目	口座番号	口座名義(カタカナでご記入ください)
		銀行・信金 農協	支店 出張所		
	金融機関コード	支店コード			
ゆうちょ銀行の場合	ゆうちょ銀行を指定される場合には、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください	記号	-	番号	口座名義(カタカナでご記入ください)
		1	0		1

↓申請者と口座名義人が異なる場合は、以下の委任状に記載して下さい。

委 任 状	
私は、上記口座名義人を代理人として、領収することを委任します。この口座振込をもって支払の効力を生じることについて異議ありません。	
<委任者> (請求者)	(住所) ----- (氏名) -----
<受任者> (口座名義人)	(住所) ----- (氏名) (続柄) ----- (電話番号) ( ) - -----

※ 以下は記入しないで下さい。

市処理欄	添付書類確認	住基確認	済証等作成確認	受付者	受付印