

# 任意带状疱疹ワクチン接種費補助券申込書

|         |                                                                                                                                 |  |  |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| フリガナ    |                                                                                                                                 |  |  |
| 氏 名     |                                                                                                                                 |  |  |
| 生年月日    | ★対象年齢：50歳以上<br>S・T 年 月 日 ( 歳)                                                                                                   |  |  |
| 住 所     | 〒470-01 <input type="text"/> <input type="text"/><br>日進市                                                                        |  |  |
| 電話番号    | ( ) -                                                                                                                           |  |  |
| ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> ①組換えワクチン(シングリックス)<br><input type="checkbox"/> ②生ワクチン(ビケン)                                              |  |  |
| 申請内容の確認 | <input type="checkbox"/> ①新規発行<br><input type="checkbox"/> ②再発行(1度も使用していない)<br><input type="checkbox"/> ③再発行(シングリックスのみ/2回目のみ発行) |  |  |

## ※注意事項

任意予防接種費補助券は市指定医療機関で使用できます。  
市指定医療機関以外(市外等)で接種する場合は健康課  
(保健センター)へお問い合わせください。

## <補助額・補助回数>

★対象年齢：50歳以上

| ワクチンの種類           | 補助額          | 補助回数 |
|-------------------|--------------|------|
| ①組換えワクチン(シングリックス) | 1回につき10,000円 | 2回まで |
| ②生ワクチン(ビケン)       | 4,000円       | 1回   |

補助の対象となるワクチンは①②どちらか1種類です。