

多摩市带状疱疹ワクチン任意接種 助成申込書

多摩市長 殿

带状疱疹ワクチン任意接種費用の助成を受けたいので、多摩市带状疱疹ワクチン任意接種費用の助成に関する要綱第7条第1項の規定により申し込みます。

なお、費用の助成を受けるため、以下に記入した情報を多摩市医師会に提供することに同意します。

申込日（接種日）	令和 年 月 日		
申込者氏名	ふりがな		生年月日（50歳以上が対象）
			年 月 日（満 才）
住 所	多摩市		
電話番号			
次の該当する□へ✓を記入してください。			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン【 <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 】		
生活保護の被保護者又は中国残留邦人等支援給付の受給者は、その証明書の提出により接種費用が無料となります。			<input type="checkbox"/> 提出あり
次の【 】内の該当する項目へ○を記入してください。			
次の4項目全てに該当することを確認してください。			
① 多摩市に住所があり、50歳以上であることを証明するものを持参している。 【はい・いいえ】 【マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、その他（ ）】			
② 接種ワクチン（ワクチンの効果・副反応）について理解している。 【はい・いいえ】			
③ 助成内容（金額・回数）について理解し、助成回数を超えた申込みではない。 【はい・いいえ】			
④ 接種について、多摩市が医師会又は指定医療機関に確認することに同意する。 【はい・いいえ】			
費用の助成の対象、限度額及び回数			
ワクチン種類	対象	1回の助成限度額	助成回数
①乾燥弱毒生水痘ワクチン	50歳以上の	5,180円	上限1回
②乾燥組換え带状疱疹ワクチン	多摩市民	10,000円	上限2回
			①②どちらか 1種類のみ

----- 指定医療機関処理欄 -----

① 接種者記入欄及び指定医療機関記入欄に記入漏れが無いことを確認してください。 ② この申込書及び申請書兼請求書を医師会（又は多摩市）へ提出してください。 ※予診票の提出は不要ですが、必要に応じて内容照会させていただきます。	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 _____ <公的な書類で住所・年齢を確認>
	接種日	令和 年 月 日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン（ビケン） <input type="checkbox"/> 带状疱疹（シングリックス）【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 】
	生保等の証明書提出	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（貴院費用（助成額） 円）
	医療機関名	