

高齢者用(R8年度接種分)

带状疱疹ワクチン予防接種費用償還払い申請書

令和 年 月 日

新潟県糸魚川市長 様

申請者 (被接種者)	氏名	生年月日	
		大正	年 月 日生
		昭和	
	住所	電話番号	
	糸魚川市		

下記のとおり 金 _____ 円 の带状疱疹ワクチン予防接種費用の償還払いを申請します。

(注) ↑接種費用から下記自己負担額を差し引いた金額を記載してください。

【自己負担額】 組換えワクチン 18,150円

生ワクチン 4,950円

振込先	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 労働金庫 県信漁連 農協	店舗名	本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義			

添付書類 領収書の写し
予診票(2部複写のうち市提出分)

申請期間 令和8年4月1日～令和9年3月31日まで(助成は期間内に1回のみです。)

※「口座名義人」と申請者が異なる場合は、下記に記入してください。

委任状

私は、「带状疱疹ワクチン予防接種費用償還払い申請」について、下記の者を私の代理人と定め、助成金の受領に関する行為を委任します。

委任者(申請者)	氏名				
代理人 (口座名義人)	住所				
	氏名				
	生年月日	年	月	日生	申請者との続柄