

別記様式第1号（第7条関）

■質問にお答えください。

1 予防接種を受ける方は、美祢市に住民登録がありますか。	はい ・ いいえ	
2 今回の予防接種はどれですか。また、何回目の接種ですか。接種するワクチンと回数にそれぞれ○をしてください。 ※2回目の接種の場合、前回の接種はいつですか。	おたふくかぜ	1回目
	带状疱疹（生ワクチン）	1回目
	带状疱疹（不活化ワクチン）	1回目
		2回目
1回目の接種	年 月 日	

※接種日に美祢市に住民票がない方は助成の対象となりません。（以下記入不可）

※上記の予防接種は法定外の予防接種のため、予防接種法に基づく救済措置はありません。  
独立行政法人薬品医療機器総合機構法に基づく医薬品副作用被害救済制度によって、一定の給付が行われる場合があります。

## 予防接種費用助成金交付申請書兼委任状

美祢市長 様

年 月 日

申請者（幼児の場合は保護者）

住 所 美祢市

氏 名

電 話

美祢市予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、助成金の交付を申請するとともに、下記の医療機関に助成金の請求及び受領を委任します。

■交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

■被接種者（予防接種を受ける方）

住 所 美祢市

氏 名

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（ 歳 か月）

### 【医療機関記入欄】

下記のとおり { おたふくかぜワクチン  
带状疱疹ワクチン } の接種を実施しました。

使用ワクチン名・ロット番号
接種年月日
年 月 日

(受任者)  
医療機関名