

富山市带状疱疹予防接種事業 助成申請書

富山市長 様

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて住民登録情報を閲覧すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

接種日	令和 年 月 日		
申請者 (被接種者)	ふりがな	生年月日	年 月 日
電話番号		性別	男 ・ 女
住所	富山市		

希望するワクチンの種類・回数に○印を記入してください。

種類・回数	対象	1回あたりの助成額	○印記入欄
生ワクチン	50歳以上の 富山市民	4,000円	
不活化ワクチン 1回目		10,000円	
不活化ワクチン 2回目		10,000円	

申請にあたり、以下のことについて誓約します。

- 接種時点で富山市に住民登録があり、50歳以上であること。
- 定期接種の対象^{※1}ではないこと。
- ワクチンの種類、助成の額や回数について理解し、助成回数の上限を超えて申請しないこと。
- 虚偽の情報により申請しないこと。

※1 定期接種対象者・・・以下のいずれかに該当する方

- ①60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で身体障害者手帳1級の交付を受けている方
- ②各年度内(4月2日～翌年4月1日まで)に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳を迎える方^{※2}

〈※2 定期接種対象年齢早見表〉

対象年度	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳	95歳	100歳
8年度	S36.4.2生～ S37.4.1生	S31.4.2生～ S32.4.1生	S26.4.2生～ S27.4.1生	S21.4.2生～ S22.4.1生	S16.4.2生～ S17.4.1生	S11.4.2生～ S12.4.1生	S6.4.2生～ S7.4.1生	T15.4.2生～ S2.4.1生
9年度	S37.4.2生～ S38.4.1生	S32.4.2生～ S33.4.1生	S27.4.2生～ S28.4.1生	S22.4.2生～ S23.4.1生	S17.4.2生～ S18.4.1生	S12.4.2生～ S13.4.1生	S7.4.2生～ S8.4.1生	S2.4.2生～ S3.4.1生
10年度	S38.4.2生～ S39.4.1生	S33.4.2生～ S34.4.1生	S28.4.2生～ S29.4.1生	S23.4.2生～ S24.4.1生	S18.4.2生～ S19.4.1生	S13.4.2生～ S14.4.1生	S8.4.2生～ S9.4.1生	S3.4.2生～ S4.4.1生
11年度	S39.4.2生～ S40.4.1生	S34.4.2生～ S35.4.1生	S29.4.2生～ S30.4.1生	S24.4.2生～ S25.4.1生	S19.4.2生～ S20.4.1生	S14.4.2生～ S15.4.1生	S9.4.2生～ S10.4.1生	S4.4.2生～ S5.4.1生

以下、医療機関記入欄

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日

医療機関名
医師署名または記名