シングリックス(組み換えワクチン)用

有効期限 令和8年3月31日

高岡市帯状疱疹予防接種費助成券

記入例

1回あたり上限 10,000 円助成(1人2回まで)

受ける人の氏名	フリガナ	タカオカ タロウ
		高岡 太郎
生 年 月 日	T・S	49 年 4 月 2 日
接 種 回 数		1 回目 ・ 2 回目
接 種 日		令和 7 年 4 月 15 日

上記のとおり相違ありません。また、以下の事項を確認のうえ同意します。

下記の医療機関に、高岡市帯状疱疹任意予防接種費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき助成金の受領を委任します。

他の助成制度と重複していません。

本事業の助成は今回が初めてであり、また 3 回目以降の接種をする場合は接種に要する費用を全額自己負担します。

署名 高岡 太郎 (自署)

(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押印