

神戸市带状疱疹予防接種料の一部補助 補助券の送付について

見本

申請のあった带状疱疹ワクチンの補助券をお送りします。

下記の対象要件や注意事項を必ずご確認ください。下部の申込書兼補助券に漏れなく記入し、神戸市内の契約医療機関(以下、「医療機関」という)に提出してください。

対 象 者	接種日時点で神戸市に住民登録がある、50 歳以上 60 歳以下 ※過去に本制度を利用したことがある方や、兵庫県下の他の自治体で同様の補助制度を利用したことがある方は対象外です
補 助 回 数	1回 ※乾燥組換え带状疱疹ワクチンは2回接種ですが、補助は1回ですのでご注意ください。
補 助 額	4,000 円 ※接種後は、“医療機関が設定した金額から 4,000 円を引いた金額”をお支払いください
対象ワクチン	乾燥弱毒生水痘ワクチン(ビケン) もしくは 乾燥組換え带状疱疹ワクチン(シングリックス)のいずれか
持 ち 物	接種を受ける方の氏名・生年月日・住所がわかる書類(運転免許証・マイナンバーカードなど)
注 意 事 項	医師の判断により予防接種を行わない場合があります。この際に発生する診察料は、全額自己負担となります。

切り取り線

神戸市带状疱疹予防接種料の一部補助 申込書兼補助券

接種前に、太枠内を漏れなく記入してください。記入内容に不備や疑義がある場合、連絡することがあります。

過去に本制度を利用したことがある方(兵庫県下の他の市町で同様の補助を受けた方も含む)は、補助の対象外です。過去に本制度や兵庫県下の他の市町で同様の補助を利用していることが判明した場合、返金を求めますので、あらかじめご了承ください。

また、補助券の提出をもって、医療機関が補助金を代理請求し受領することに同意するものとみなします。

接種を受ける方について	住民登録の住所	神戸市 区		
	ふりがな	※接種日に神戸市内に住民登録のある方のみ使用できます。		
	氏名(自署)	生年月日	昭和	年 月 日(歳)
	性 別	男 ・ 女	電話番号	- -
同意欄 ※チェックがない場合 利用不可	☐ 带状疱疹ワクチンの接種を完了した場合、定期接種の対象年齢になった際に、原則、定期接種の対象とならないことに同意します。			

医療機関記入欄

接種年月日	医療機関名・医師名
令和 年 月 日	予防接種医療機関コード()
(ワクチンシール貼付欄)	

裏面もご確認ください ▶