

带状疱疹任意予防接種の費用助成

対 象 者 中津市に住民登録があり、接種日に50歳以上の方

助成内容 令和6年4月1日以降に受けた予防接種が対象です。

ワクチンの種類	助成回数	助成額の上限
生ワクチン	1回	5,000円/回
組換えワクチン	2回	10,000円/回

※助成はどちらかのワクチンで、生涯一度限りです。

※接種費用が助成額より低い場合は、実際にかかった費用を助成します。

※生活保護を受けている方は、全額助成します。申請時に申し出てください。

※組換えワクチンの2回目は、1回目から2か月～6か月後までの接種が助成の対象。
(6か月を超えた場合は費用助成の対象外)医師の判断で1か月に短縮可能。

申請期間 予防接種を受けた日から1年以内

※組換えワクチンの場合は、2回分まとめて申請できますが、申請期限は、
1回目・2回目の接種日からそれぞれ1年以内です。

申請方法

中津市役所地域医療対策課（または各支所総務・住民課）に以下の①～④を持参し、申請兼請求書を記入してください。

①領収書・明細書（原本に限る）

（医療機関名・予防接種の種類・予防接種を受けた者の氏名・接種日・領収金額・領収印・領収日が明記されたもの）

②接種記録（組換えワクチン2回目の申請の場合も、1回目の接種日がわかるものが必要です）

③振り込み先が分かるもの（金融機関の通帳など）

④本人確認ができるもの（免許証、マイナンバーカードなど）

郵送で申請する場合、市のホームページからダウンロードした申請兼請求書を記載し、領収書・明細書と接種記録の写し、振込先がわかるものの写し、本人確認ができるものの写しと一緒に下記へ送付してください。

〒871-8501

中津市豊田町14番地3 中津市役所 地域医療対策課

助成金の振込み

申請書類を受理、審査した後に、指定された金融機関の口座に助成金を振り込みます。

申請兼請求書の記載上の留意事項

- ① 請求金額の記載間違いは訂正することができず、再提出（書き直し）になります。
恐れ入りますが、金額欄は、空欄のまま窓口にお持ちください。
- ② 申請兼請求書（表面）の一番下の委任欄は、一番上の申請・請求者名と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

<問合せ先>

中津市役所 地域医療対策課 ☎0979-62-9211（直通）

中津市帯状疱疹任意予防接種費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

中 津 市 長 あて

申請・請求者名

(被接種者との関係)

電話番号

任意接種費用の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。
助成金額は下記の口座に振り込んでください。
※ 申請内容の確認にあたり、中津市長が住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関に問い合わせることに同意します。

フリガナ	
被接種者名	
住 所	中津市
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日

予防接種の種類		接種金額 (A)	助成額上限 (B)	助成額 (請求額) (A) と (B) の少ない方
生 ワ ク チ ン		円	5, 0 0 0 円	円
組換え ワクチン	1 回目接種日 ()	円	1 0, 0 0 0 円	円
	2 回目接種日 ()	円	1 0, 0 0 0 円	円
☐ システムで確認済		請 求 金 額		円

※生活保護受給者については全額補助

	金融機関コード	店番コード						
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	支店・出張所						
預 金 種 目	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号 (右詰め)						
フリガナ								
口座名義人								

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入してください。

私は、上記口座名義人に、予防接種助成金の受け取りを委任します。	
年 月 日	申請・請求者氏名