

50歳以上の静岡市民のみなさま

令和6年10月1日から

带状疱疹ワクチンの助成制度がはじまります

带状疱疹ってなに？

水ぼうそうと同じウイルスが原因で起きる皮膚の病気で、痛みを伴う赤い発疹と水ぶくれが多く集まって带状疱疹に生じるものです。感染の初期段階では、皮膚の痛みや違和感、かゆみが現れ、続けて皮膚症状が現れるとピリピリと刺すような痛みとなり、夜も眠れないほど激しい場合もあります。

発症年齢や原因は？

加齢やストレス、過労などによる免疫力の低下が原因と考えられており、50歳代から発症率が高くなり、80歳までに約3人に1人が発症するといわれています。

制度概要

対象となる方 → 静岡市に住民票がある**50歳以上**の方

助成対象ワクチン → **不活化ワクチン**
注) 生ワクチンは助成の対象にはなりませんのでご注意ください。

助成金額 → 1回につき**10,000円**
注) 令和6年10月1日以降のワクチン接種が対象です。

助成回数 → 1人あたり **生涯2回接種**まで



ご利用方法



申込方法

- インターネットによる申込(静岡市ホームページから申込できます。)
- 郵送・窓口による申込
(右側の申請書に記入し、感染症対策課へ郵送してください。申請書の書き方は、裏面をご覧ください。)



インターネットによる
申込はこちら



詳細は、随時
ホームページで
お知らせします



お問い合わせ

静岡市保健所 感染症対策課

静岡市葵区城東町24番1号 保健所棟2階 電話

054-249-3152
054-249-3173

土日祝日及び年末年始の開庁日を除く、平日の午前8時30分～午後5時

→ 申請書の記入時に切り離してください。

様式第2号 (第4条関係) 带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書 (2回目)

(宛先) 静岡市長
静岡市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付要綱
第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。
なお、助成を受けられる場合の助成金の請求及び
受領については、下記の医療機関に委任します。

※太枠の中のみを記入してください

〒		静岡市	
住所	フリガナ	氏名	生年月日
被接種者(申請者)の情報		電話番号	
助成金額	円	静岡市 確認欄	

- 【同意事項】
- 接種日時点で、上記の情報に誤りがある場合は、助成を受けられない場合があります。
 - 助成対象とならない場合は、接種費用全額を実施医療機関へ支払うこと。
 - 本制度の事務処理に必要な限度において、静岡市長が関係機関に上記の情報を提供すること。

【実施医療機関記入欄】
上記の助成金の請求、受領について受任します。

医療機関所在地 医療機関名称 代表者職・氏名	使用ワクチン名
受任者	ワクチン名
接種年月日	Lot No. (ロット番号シール貼付)
年 月 日	1回目接種日

様式第1号 (第4条関係) 带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書 (1回目)

(宛先) 静岡市長
静岡市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付要綱
第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。
なお、助成を受けられる場合の助成金の請求及び
受領については、下記の医療機関に委任します。

※太枠の中のみを記入してください

〒		静岡市	
住所	フリガナ	氏名	生年月日
被接種者(申請者)の情報		電話番号	
助成金額	円	静岡市 確認欄	

- 【同意事項】
- 接種日時点で、上記の情報に誤りがある場合は、助成を受けられない場合があります。
 - 助成対象とならない場合は、接種費用全額を実施医療機関へ支払うこと。
 - 本制度の事務処理に必要な限度において、静岡市長が関係機関に上記の情報を提供すること。

【実施医療機関記入欄】
上記の助成金の請求、受領について受任します。

医療機関所在地 医療機関名称 代表者職・氏名	使用ワクチン名
受任者	ワクチン名
接種年月日	Lot No. (ロット番号シール貼付)
年 月 日	1回目接種日

(医療機関で切り離してください。)

(医療機関で切り離してください。)

送付先	住所	〒 静岡市 区
	氏名	様

※太枠の中のみを記入してください

<申請書について>

- 申請書の太枠の中、送付先の太枠の中をご記入ください。(太枠は計3ヶ所あります。)
- 申請書の書き方は、裏面の記入例をご覧ください。
- 静岡市で、助成の対象者であることを確認した後、約2週間で申請書を返送します。
- 申請書の「静岡市確認欄」に押印されていることを確認し、接種を受ける際は、この申請書を医療機関へお持ちください。
- 申請書は、医療機関で切り離しますので、1回目と2回目の申請書は切り離さないでください。

郵送による申込の手順

- ① チラシから申請書を切り離してください。
- ② 右の記入例を参考に**太枠の中のみ**を記入してください。
(太枠は計3カ所あります。)
- ③ 申請書を点線に沿って折ってください。
- ④ 記入した申請書を封筒に入れ、封をしてください。
- ⑤ 封筒に**切手**を貼って、**静岡市保健所感染症対策課 予防接種係**へ郵送してください。

以下を点線で切り取り、
封筒に貼ってご使用いただけます。

〒420-0846
静岡市葵区城東町24番1号
静岡市保健所感染症対策課
予防接種係 行

- ▶ 記入した申請書を感染症対策課へご提出いただくと、職員が申請書を確認し、静岡市確認欄に「**静岡市の確認印**」を押した後、申請書を被接種者の住所に送付いたします。
- ▶ 申請書の返送まで要する期間は、申請書が当課に到着してから**約2週間**です。
- ▶ 押印された申請書が手元に届いたら、医療機関を予約してください。

申請書の書き方（記入例）

申請日は接種当日に記入してください。
事前申込の時は空欄で提出してください。

申請書兼代理受領委任申請書（**1101**）
年 月 日

（宛先）静岡市長
太枠の中のみ、すべての事項を記入してください。

※**太枠の中のみ**を記入してください

被接種者 （申請者） の情報	住所	〒420-0846 静岡市葵区 城東町 24— 1
	フリガナ	シズオカ タロウ
	氏名	静岡 太郎
	生年月日	昭和 49年10月 1 日
	電話番号	123-456-7890

助成金額	円	静岡市 確認欄	
------	---	------------	--

- 【同意事項】
- 1 接種日時点で、上記の情報に誤りがある場合は、助成を受けられない場合があること。
 - 2 助成対象とならない場合は、接種費用全額を実施医療機関へ支払うこと。
 - 3 本制度の事務処理に必要な限度において、静岡市長が関係機関に上記の情報を提供すること。

【実施医療機関記入欄】
上記の助成金の請求、受領について受任します。

受任者	所在地 医療機関名 代表者名
	接種年月日 使用ワクチン名
年 月 日	ワクチン名 Lot No.（ロット番号シール貼付）