

(あて先) 多気町長 様

(申請者)
住 所：〒 -
多気町
氏 名：
電話番号：

多気町帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、帯状疱疹ワクチン予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、多気町帯状疱疹ワクチン接種費用臨時助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

1 請求額 _____ 円

2 被接種者名等 (予防接種を受けた方について記入してください。)

被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ			生年 月日	年 月 日
	氏 名					
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒 多気町			
	ワクチンの種 類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン (乾燥弱毒性生ワクチン)				
		<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (乾燥組み換え帯状疱疹ワクチン)				
	予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 (申請分のみ記 載)	1 回 目	年 月 日			
		2 回 目 (不活化ワクチンのみ)	年 月 日			
接 種 費 用	1 回 目	円	申請金額 (接種費用の 1/2 または上限額)	1 回 目	円	
	2 回 目 (不活化ワクチンのみ)	円		2 回 目 (不活化ワクチンのみ)	円	
接 種 医 療 機 関	名称					

3 振込先 (原則として、申請者の口座を指定してください。)

振 込 先	銀 行 信用金庫 農 協		店 名	本店 支店 出張所				
種 別	普通・当座	口座番号 ※右づめで記入						
	フリガナ							
	口座名義人							

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

*委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

注1) 医療機関で発行された予防接種の領収書(原本)を添付してください。

注2) 予防接種を受けたことが確認できるものを持参してください。