

燕市带状疱疹予防接種費用助成金申請書

年 月 日

燕市長 あて

(申請者) 住 所 〒

燕市

ふりがな

氏 名

被接種者(接種を受けた方)との続柄 ( )

電話番号

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 被接種者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	( )	生年月日 年 月 日
住 所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 -	
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン(ビケン) <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン(シングリックス)	
回数	接種年月日	自己負担額 (窓口で支払ったワクチン代)
1回目	年 月 日	円
2回目 (シングリックスのみ)	年 月 日	円
接種医療機関名		

※市で記載します	1回目	円	助成金決定額
	2回目	円	円

【振込先】 私が受領する助成金について、下記指定口座へ振り込みを依頼します。

振込先 口座	金融機関名			本店・支店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 (申請者)			

【提出書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類(領収書、支払い証明書等) ※原本に限ります。
- 予防接種の種類が確認できる書類(支払明細書、接種済証等) ※原本に限ります。
- 申請者、被接種者の住所、氏名、生年月日が確認できる書類(マイナンバーカード等)
- 振込先金融機関の通帳