

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)<br>被接種者氏名<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ | ( )  | 生 年 月 日<br>年 月 日        |
| 住 所<br><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(生ワクチン)<br><input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン) |                         |
| 回数  | 接種年月日  | 自己負担額<br>(窓口で支払ったワクチン代) |
| 1回目   | 年 月 日  | 円                       |
| 2回目<br>(不活化のみ)                                      | 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<br>口座 | 金融機関名          | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 |      | 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<br>(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又はキャッシュカードのコピー