

富谷市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

富谷市長 あて

申請者 住所：富谷市 _____

氏名： _____

電話番号： _____

（日中に連絡可能な番号を記載してください）

下記の事項に同意の上、添付書類を添えて富谷市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付申請をします。

- ① 予防接種の対象者の確認について、公簿等で確認することに同意します。
- ② 市が下記に記載された受取口座に振込手続後、申請者の記載誤り等の事由により振込が完了せず、かつ、連絡が取れない場合は、市は当該申請書が取り下げられたものとみなします。

記

接 種 ワ ク チ ン		<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）							
1 回 目	接 種 日	年 月 日							
	接 種 費 用 (A)	円	他での助成金額 (B)※1				円		
	助 成 申 請 額 (A) - (B) = (C) ※2	円						※2 上限額 生ワクチン：4,000 円 不活化ワクチン：10,000 円	
2 回 目 (不活化ワ クチンの み)	接 種 日	年 月 日							
	接 種 費 用 (D)	円	他での助成金額 (E)※1				円		
	助 成 申 請 額 (D) - (E) = (F) ※2	円						※2 上限額 生ワクチン：4,000 円 不活化ワクチン：10,000 円	
助 成 申 請 額 合 計 (C) + (F)		円							
振 込 先	(フリガナ) 口 座 名 義 人	()							
	金 融 機 関 名	銀行 信金 農協 信組 労金						本店 支店 出張所	
	口 座 種 別 ・ 番 号	普通 当座							

※1 加入されている健康保険組合や勤務先等による助成を受けている場合、ご記入ください。

○添付資料

- 1 予防接種した医療機関等が発行する領収書等の写し（被接種者の氏名、接種年月日、接種ワクチン、支払金額、領収印及び接種医療機関等がわかるもの）
- 2 振込先口座の通帳の写し
- 3 本人確認書類の写し

※やむを得ず申請者以外の口座に振込みを希望する場合は、下記委任状にご記入ください。

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳見開きの下部に記載されている口座情報（支店名は漢数字で記載）をご記入ください。

金融機関名	支店名(店名)	種類	口座番号	口座名義(フリガナ)
銀行 農協 信組 信金	本・支店 出張所	1 普通		
	本・支店 コード (店番)	2 当座		

委任状

带状疱疹予防接種費用助成金の受領について委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所 富谷市 _____

(被接種者) 氏名 _____

受任者 住所 _____

(口座名義人) 氏名 _____ (続柄)

※委任者の氏名は、委任者本人が自筆署名してください。署名以外の場合は、押印してください。