様式第１号（第５条関係）

年　　　月　　　日

杵築市長　永松　悟　様

杵築市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

杵築市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第５条の規定により、以下のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認すること、また必要な場合は医療機関等に接種内容を確認することに同意します。

　助成金の交付が認められた場合には、助成金の交付を請求し、下記の口座への振込みを依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（被接種者） | 住　　所 | 杵築市 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  |

１　予防接種の内容・助成金の申請額（※助成の対象は、いずれか１種類の予防接種のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（組換えワクチン） |
| １回目 | ２回目 |
| 接種年月日 | 　　　年　　月　　日 | 　　　年　　月　　日 | 　　　年　　月　　日 |
| 医療機関名 |  |  |  |
| 接種費用 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 |
| 助成額 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 |
| 助成金の申請額（合計額） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

２　助成金の振込先口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 　　　　　　　　　支店・出張所 |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

注）振込先は申請者名義の口座としてください。