様式

　　　富里市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　富里市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との関係（　　　　）

　帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので申請及び請求します。

なお、富里市が審査するために公簿等を確認することに同意します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　月　日 |
| 被接種者氏名 |  |
| 被接種者住所 | ※申請者と異なる場合記入 |
| 本人以外の申請時記入 | 私は、上記申請者を代理人と認め、帯状疱疹予防接種費用助成金申請又は受領について委任します。（被接種者署名　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 乾燥弱毒生水痘ワクチン（ビケン） | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（シングリックス） |
| 　　　１回目 | 　　　２回目 |
| 接種年月日 | 　　年　月　日 | 　　　年　月　日 | 　　　年　月　日 |
| 接種医療機関名 |  |  |  |
| 接種費用額 | 　　　　　　円 | 　　　　　　　円 | 　　　　　　　円 |
| 助成額 | 接種費用の1/2（上限額4,000円） | 接種費用の1/2（上限額10,000円） | 接種費用の1/2（上限額10,000円） |

２　助成申請額（請求額）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　組合 | 　　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　出張所 |
| 　　　普通 ・ 当座 | フリガナ |  |
| 口座番号 | 口座名義 |  |

【市確認欄】　□領収書（写し）　□予防接種予診票（写し）　□本人確認書類

□本人以外の申請の場合同意書