

日の出町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

日の出町長 殿

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄  本人  同一世帯員  その他（ ）

日の出町帯状疱疹予防接種費用助成事業に係る費用助成事業実施要綱第6条第2項に基づき、必要書類（裏面記載）を添えて助成金を申請及び請求します。この助成を受けるために必要な範囲内において、公簿の確認、及び接種医療機関への問合せを行うことに同意します。

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
	生年月日		年	月 日
通知書等の送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
ワクチンの種類		接種年月日	接種費用	※ 申請額
<input type="checkbox"/> 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン)		年 月 日	円	(上限 5,000 円) 円
<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン(乾燥組 換え帯状疱疹ワクチン)	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	円	(上限 10,000 円) 円
	<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	円	(上限 10,000 円) 円
接種医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			

※申請額は、接種費用と助成上限額のいずれか低い方の金額になります。

生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン)の助成上限額： 5,000円/回

不活化ワクチン(乾燥組換え帯状疱疹)の助成上限額： 10,000円/回

助成金合計申請額
円

(裏面につづく)

## 振込先口座

助成金は次の口座に振り込んでください。				※申請者名義の口座を記入														
金融機関名				支店名				種別	口座番号						口座名義 (カタカナ)			
コード				コード				普通										
銀行				支店				当座										

※申請者と異なる口座名義人の口座に振り込みを希望する場合、及び申請者と被接種者が異なる場合は、下記の委任状に記入・押印をお願いします。

委任状	
年 月 日	
私は、次の者を代理人（受任者）と定め、日の出町带状疱疹任意予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
受任者（口座名義人）	住所 _____
	氏名 _____
委任者（申請者）	氏名 _____ 印

※委任状を偽造したり、不正に使用すると法律により罰せられます。

※鉛筆や消えるボールペンでは記入しないでください。

## 必要な添付書類

- 1 接種を受けた日・ワクチンの種類が確認できる書類の写し（接種済証又は予診票など）
- 2 接種費用を支払ったこと及び金額を証明できる領収書の原本（紛失した場合は再発行可）
- 3 被接種者の本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など）
- 4 上記の委任状を記入した場合、代理人の本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など）

※必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。