

## 記入例 1

## 様式第1号（第5条関係）

## 行田市帶狀疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

## 行田市長

行田市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、行田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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、照会等）に係る調査について同意します。

申請者	ふりがな	ぎょうだ たろう			生年月日  (55)歳	1970年1月10日
	氏名	行田 太郎				
	現住所	〒361-0056 行田市本丸2-5				
	電話番号	【自宅 <input checked="" type="radio"/> 携帯】 090-1234-5678 *日中必ず連絡の取れる電話番号を記入				
	被接種者との続柄	夫				
被接種者	ふりがな	ぎょうだ はなこ			生年月日  (54)歳	1971年2月1日
	氏名	行田 花子				
	現住所	〒361-0056 行田市本丸2-5				
ワクチンの種類 及び接種日	<input type="checkbox"/> 生ワクチン	年 月 日				
	<input checked="" type="checkbox"/> 組換えワクチン	1回目	2025年11月11日	年 月 日		
申請額	記入不要 円					
	<input checked="" type="checkbox"/> 保険組合等からの助成の有無 ( 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )					
	(予防接種費用 円 - 保険組合等からの助成金 円 = 円)					
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 予防接種に要した費用が分かる領収書の写し (接種者氏名、接種日及び予防接種の種類が明記されているもの) (氏名、接種日及び種類の明記無しの場合 <input checked="" type="checkbox"/> 接種済証)					
	<input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号が分かるもの写し					
申請日	2026年1月13日					
申請者(請求者) 氏名	行田 太郎					

助成金は、次の口座に振り込んでください。

(申請者) は、

## 行田市帯状疱疹予防接種費用助成金の受領権限を

に委任します。

口座振込記入欄	金融機関名				支店名				種目					
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 信用組合		<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所 <input type="radio"/> 出張所		<input type="radio"/> 1 普通 <input type="radio"/> 2 当座									
	金融機関コード				店舗コード				口座番号					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7	6	5	4	3
	フリカナ	ギヨウダ タロウ						検収日		確認印	支給決定額		確認印	
口座名義	行田 太郎								印			円	印	

## 記入例 2

様式第1号 (第5条関係)

### 行田市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

行田市長

行田市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、行田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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、照会等）に係る調査について同意します。

申請者	ふりがな	ぎょうだ たろう			生年月日	1970年1月10日		
	氏名	行田 太郎				(55)歳		
	現住所	〒361-0056 行田市本丸2-5						
	電話番号	【自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯】 090-1234-5678 *日中必ず連絡の取れる電話番号を記入						
被接種者との続柄		夫						
被接種者	ふりがな	ぎょうだ はなこ			生年月日	1971年2月1日		
	氏名	行田 花子				(54)歳		
	現住所	〒361-0056 行田市本丸2-5				1回に付き 5,000円 (2回の場合 10,000円)		
ワクチンの種類 及び接種日		<input type="checkbox"/> 生ワクチン	年	月	日			
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換えワクチン	1回目 2025年11月11日	2回目 2026年1月12日				
申請額		記入不要 円 <input checked="" type="checkbox"/> 保険組合等からの助成の有無 (有・無) (予防接種費用 円 - 保険組合等からの助成金 円 = 円)						
添付書類		<input checked="" type="checkbox"/> 予防接種に要した費用が分かる領収書の写し (接種者氏名、接種日及び予防接種の種類が明記されているもの) (氏名、接種日及び種類の明記無しの場合 <input checked="" type="checkbox"/> 接種済証) <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号が分かるもの写し						
申請日 2026年1月13日								
申請者（請求者）氏名 <u>行田 太郎</u>								

助成金は、次の口座に振り込んでください。				申請者以外の方の口座 に振込む場合記入			
<u>行田 太郎</u> (申請者) は、							
行田市帯状疱疹予防接種費用助成金の受領権限を				<u>行田 花子</u> に委任します。			

口座振込記入欄	金融機関名				支店名				種目					
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 信用組合				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所 <input type="radio"/> 出張所				<input checked="" type="radio"/> 1 普通 <input type="radio"/> 2 当座					
	金融機関コード				店舗コード				口座番号					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7	6	5	4	3
	フリカナ	ギヨウダ ハナコ						検収日		確認印	支給決定額		確認印	
	口座名義	行田 花子								印			円	印