

記入見本

行田市市長

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	昭和20年7月7日 (78)歳	
	氏名	行 田 太 郎			
	現住所	〒361-0023 行田市長野2-3-17			
	電話番号	【 <u>自宅</u> 】携帯・その他() 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 *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		本人			
被接種者	ふりがな				生 年 月 日
	氏名	同上 (申請者と接種者が同じ場合)			
	現住所	〒 - 行田市 同上 (申請者と接種者が同じ場合)			() 歳
ワクチンの種類 及び接種日	<input type="checkbox"/> 生ワクチン	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	1回目		年 月 日	
		2回目		年 月 日	
どちらかに接種日を記入し、不活化ワクチンは、原則として2回接種後に申請してください					
申請額	5,000 又は 10,000 円 <input type="checkbox"/> 保険組合等からの助成の有無 (有・ <u>無</u>) (予防接種費用 円 - 保険組合等からの助成金 円 = 円) ※自己負担額が1回につき5,000円を下回った場合の助成額は、自己負担額となります。				
添付書類	<input 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 type="checkbox"/> 接種済証) <input 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の写し				
申請日		令和 〇 年 □ 月 △ 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。

被接種者と助成金受領者が違う場合は、委任が必要です。(押印が必要)

Ⓜ (被接種者) 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	
	〇〇〇 農協 信用組合 <u>銀行</u> 信用金庫		□□□ 本店 支店 <u>支所</u> 出張所		1 普通 2 当座	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号	
	○ ○ ○ ○		× × ×		◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇	
	フリカナ	ギョウダ タロウ		検収日	確認印	支給決定額
	口座名義	行 田 太 郎			(印)	円 (印)