

（表）

带状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住 所
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日
連 絡 先

標記の助成金の交付を受けたいので、甲賀市带状疱疹予防接種費助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合については、本市が住民票の確認及び受診医療機関等に受診状況等の確認を行うことに同意します。

記

1. 助成金の交付を申請する予防接種の内容

予防接種名	乾燥弱毒生水痘 ワクチン	乾燥組換え带状疱疹ワクチン	
		1 回目	2 回目
接種年月日			
支払った料金	円	円	円
請求金額	円 ※上限 2, 0 0 0 円	円 ※ 2 回接種完了で上限 1 0, 0 0 0 円	

2. 助成金の交付を申請する予防接種を接種した医療機関の名称等

医療機関名	所在地	電話番号

（裏面も記載をお願いします）

(裏)

3. 振込先口座

助成金について、次の指定口座への振込を依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名／支店名	／		
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 申請者氏名と口座名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任したものとみなします。

【提出書類】

- ☐ 助成対象予防接種を受けた医療機関の領収書の原本（申請者の氏名、予防接種日、ワクチンの種類、予防接種費用及び医療機関名が記載されたもの）
- ☐ 振込希望先金融機関の口座番号等が確認できる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）