

大野城市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大野城市長 宛

大野城市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、大野城市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱（令和5年要綱第50号）第5条の規定により申請します。

なお、対象者は、この申請内容の審査のため必要な範囲において、関係医療機関が保有する被接種者の個人情報その他の必要な情報について、市が調査、確認等を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		電話番号	
	氏名	印	生年月日	年 月 日
	住所			
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者が対象者と同一の場合は、対象者の欄の記入は不要				
対象者	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		申請者との続柄 ()	
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） _____ 回目			
接種日	年 月 日			
接種した医療機関名				
接種に要した費用	円			
交付申請額	円			
確認事項	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹予防接種費用について、これまで地方公共団体の助成等を受けたことがない。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書及び明細書の写し（予防接種の種類及び接種の事実が確認できるもの） <input type="checkbox"/> 申請者及び対象者（申請者と異なる場合に限る。）の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）の写し			
振込先	金融機関名	銀行・農協・信金 信組・労金		本店・支店 出張所
	口座番号	普通 当座	口座名義人	フリガナ 氏名

※振込先は、申請者の口座を記入してください。申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

委任状
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日
申請者氏名