別記

様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

草津市長　宛

（申請者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

草津市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

　草津市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付について、草津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、関係書類を添えて申請および請求します。なお、助成金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者(被接種者) | □申請者と同じ | 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 生年月日  （年齢） | 年　月　日  （　　　歳） | 電話番号 |  | |
| 接種状況  ※助成対象はいずれか一方のワクチンのみとなります。 | ワクチン  接種日 | ビケン  　　年　 月　 日 | シングリックス  1回目  　　年　 月　 日 | | シングリックス  ２回目  　　年　 月　 日 |
| 接種医療機関名 |  |  | |  |
| 接種費用 | 円 | 計　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 請求額 | 円  ※上限4,000円 | 円  ※２回接種完了で上限20,000円 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行  金庫  農協 | 本店　　支店  代理店　出張所  その他(　　　　 ) | 種別 | １　普通  ２　当座  ３　その他 |
| 口座番号 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義人 |  | | | |

※添付書類

□　申請者および助成対象者の本人確認書類の写し

□　助成対象予防接種を受けた医療機関の領収書の原本（助成対象者名、接種日、ワク

チンの種類、接種費用およ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
* 委任状（助成対象者と振込先の口座名義人が異なる場合または、助成対象者と申請者が異なる場合に限る。）