

ご記入にあたっての注意事項

別記

様式第1号（第5条関係）

草津市長 宛

（申請者）

住所 ○○○○○○○○○○○

氏名 ○○○○

電話番号 ○○○○○○○○

○○年 ○

必ず押印して
ください。

印

草津市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

草津市带状疱疹予防接種費用助成金の交付について、草津市带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

請求額の記載について、ビケンの上限額は4,000円、シングリックスの上限額は20,000円になります。
上限額以上の金額を記載された場合は、受付できませんのでご注意ください。

例) 自己負担が42,000円（1回接種11,000円）の場合
→ 請求額は20,000円と記載する

※上限額より自己負担額が低い場合は、自己負担額と同額を請求額に記載してください。

訂正する場合は、「二重線」を引き、申請者氏名の横の押印と同一のものを使用してください。

シングリックス 1回目 令和6年4月1日 ○○○○	シングリックス 2回目 令和○年○月○日 ○○○○
------------------------------------	------------------------------------

一方のワクチンのみとなります。	接種費用	円	計	○○○○○○○ 円
	請求額	円		○○○○○○○ 円
		※ 限4,000円		※ 2回接種完了で上限20,000円

請求額の訂正はできません。間違えて記載された場合は、申請書兼請求書を新たに記載していただく必要があります。

シングリックスについては、今年度に限り、2回目接種分のみを申請される場合は、上限額10,000円になります。

	銀行	本店 支店 代理店 出張所	種別	1 普 2 当	
	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。）