

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)	<input type="checkbox"/> 申請者と同一	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	ビケン	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
	接種日	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				口座番号は右詰記入
	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。）