

函南町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

令和 年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者

住所

氏 名

印

電話番号

対象者と申請者が異なる場合は対象者との続柄（ ）

函南町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、函南町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

※この申請書は、函南町において交付決定した後は、交付決定日をもって請求日とし、函南町
 带状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金の請求書として取り扱います。

1 申請する予防接種

該当に○	ワクチン名	種別	交付申請額
	乾燥弱毒生水痘ワクチン	生ワクチン	円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(1回目)	不活化ワクチン	円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(2回目)	不活化ワクチン	円

2 被接種者

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	☐ 同上	※同上の場合は記入不要	

3 助成金の振込先

金融機関	銀行・金庫・農協			支店
預金種別	普通・当座	口座番号		
ふりがな				
口座名義				
委 任 状 ※口座名義人が、被接種者と同じ場合は、下記は記入不要				
助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。 年 月 日 被接種者氏名 ※署名又は記名押印				

【契約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

- ☐ 函南町長がこの申請の内容を確認するため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。また、医療機関等における情報について、函南町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- ☐ 私は同ワクチンの助成金等の交付を受けていません。
- ☐ 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意します。

《函南町記入欄》

※添付書類 ☐接種を受けた医療機関が発行する領収書又は接種にかかった費用が分かる書類

☐接種済証その他接種をしたことが確認できる書類

☐ 本人が確認できるもの

☐振込先金融機関、支店、口座番号及び口座名義がわかるもの

助成決定金額（町使用欄）	円
--------------	---