

尾花沢市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

申請日 年 月 日

尾花沢市長 殿

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは接種を受けた本人、又はそのご家族に限ります。

助成対象者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 生水痘ワクチン（上限1回、1回あたり4,400円まで）				
		<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（上限2回、1回あたり11,000円まで）				
	予防接種を受けた年月日	1回目		年	月	日
		2回目		年	月	日
申請金額	1回目		円	合計	円	
	2回目		円			

原則、助成金を受領する振込先口座は助成対象者名義の口座にしてください。ただし、助成対象者が死亡した場合等、やむを得ない場合は申請者名義の口座も可とします。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

※申請の際は、①～③を添付してください。

- ①带状疱疹予防接種を受けた事が証明できる書類の写し（接種済証、診療報酬明細書等）
- ②領収書（原本）
- ③振込先口座の通帳の写し

※接種した年度内に申請してください。