

第1号様式（第5条関係）

記入例

令和 ○年 ○月 ○日

弥富市長 殿

住 所 弥富市□町□△一×

申請者 氏 名 桜 文鳥

被接種者との続柄（ 本人 ）

電話番号 0567-65-4300

弥富市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、弥富市帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので申請します。なお、決定の上は、下記の振込先に振り込んでください。

記入しないでください

助成金額 金 円

| | | |
|------|---------|---|
| 被接種者 | 住 所 | 弥富市□町□△一× |
| | 氏 名 | 桜 文鳥 |
| | 生年月日 | 昭和△年 △月 △日（満○○歳） |
| 接種状況 | 接種実施年月日 | 令和 ×年 ×月 ×日 |
| | 予防接種の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> ビケン（水痘生ワクチン） <input type="checkbox"/> シングリックス（帯状疱疹不活化ワクチン） |
| | 接種医療機関名 | △△病院 |

※口座名義人は申請者と同一です。

| | | |
|-----|-------|------------------------------|
| 振込先 | 金融機関名 | ○○ 銀行 本店 信用金庫 農協 △△ 支店 |
| | 預金種別 | 普通・当座 口座番号 1234567 |
| | 口座名義人 | （フリガナ） サクラ ファンチョウ 桜 文鳥 |

※助成額は、5,000円を上限とし、予防接種費用が助成額に満たない場合は、予防接種費用が助成額となります。

※添付書類 ①領収書（帯状疱疹予防接種と記載があるもの）

②予診票（写し可）又は、接種済証