

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

弥富市带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、弥富市带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（带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（带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