

大野城市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

大野城市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、大野城市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱（令和5年要綱第50号）第5条の規定により申請します。

申請者	フリガナ		電話番号	
	氏名	印	生年月日	年 月 日
	住所			
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者が対象者と同一の場合は、対象者の欄の記入は不要				
対象者	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			申請者との続柄 ( )
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） _____ 回目			
接種日	年 月 日			
接種した医療機関名				
接種に要した費用	円			
交付申請額	円			
確認事項	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹予防接種費用について、これまで地方公共団体の助成等を受けたことがない。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書及び明細書の写し（予防接種の種類及び接種の事実が確認できるもの） <input type="checkbox"/> 申請者及び対象者（申請者と異なる場合に限る。）の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座の確認ができるもの（通帳、キャッシュカード等）の写し			
振込先	金融機関名	銀行・農協・信金 信組・労金		本店・支店 出張所
	口座番号	普通 当座	口座名義人	フリガナ 氏名