

# 紀の川市帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 紀の川市長

**【申請者】**

氏名 : \_\_\_\_\_ 被接種者との続柄 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

紀の川市帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成事業実施要綱第10条に基づき、償還払方式により、帯状疱疹ワクチン任意接種費用の助成を受けることを希望するため、関係書類を添えて申請します。

なお、助成申請に当たり、その認定のために調査等が必要となった場合は、紀の川市が被接種者及び申請者に係る個人情報について調査することに同意します。

ふりがな 被接種者氏名			
住 所	紀の川市		
生 年 月 日	年	月	日生 接種日現在 ( 歳)
接 種 日	年	月	日
接種医療機関	所在地 名 称	電話番号	
ワクチンの種類 いずれか□にレ点を 付けてください	<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)		
支払った金額	円		
申請金額 金 4,000 円			

**【添付書類】**

- ① 領収書 (被接種者氏名、接種年月日、予防接種の種類、医療機関の住所・名称・押印の記載が必要)
- ② 予防接種の記録が記載されているもの (予診票の写し、又は予防接種済証等)
- ③ 申請者名義の金融機関の通帳、又はキャッシュカードの写し
- ④ その他市長が必要とする書類

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人 (申請者)	フリガナ		