

沼津市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

（宛先）沼津市長

申請者

住 所	沼津市	
氏 名		
電話番号		
被接種者と申請者が異なる場合 被接種者との続柄		

沼津市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費助成金の交付を受けたいので、沼津市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

※この申請書は、沼津市において交付決定した後は、交付決定日をもって請求日とし、沼津市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費助成金の請求書として取り扱います。

1 申請する予防接種

該当に○	ワクチン名	種別	交付申請額
	乾燥弱毒生水痘ワクチン	生ワクチン	円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（1回目）	不活化ワクチン	円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（2回目）	不活化ワクチン	円

2 被接種者

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所	<input type="checkbox"/> 同上	※同上の場合は記入不要 沼津市	

3 関係書類

- ワクチン接種料の領収書または接種記録等の写し（以下の項目が記載してあること）
- ・接種日、被接種者名、接種費用、ワクチン名、接種した医療機関名

※申請期間は、接種日から起算して1年以内となります。

4 助成金の振込先

金融機関	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 支所
	金融機関コード					支店番号	
預金種別	普通 ・ 当座						
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							
委 任 状 ※口座名義人が、被接種者と同じ場合は、下記は記入載要							
助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。							
年      月      日      被接種者氏名 ※署名又は記名押印							

【契約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録情報）及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

《沼津市記入欄》

<b>交付決定額</b>	円
--------------	---