

裾野市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金支給申請書兼代理受領委任申出書

年 月 日

裾野市長

申請者

受付番号 ※市記入欄	
---------------	--

住 所	裾野市		
氏 名			
電話番号			
対象者と申請者が異なる場合 対象者との続柄			

私は、裾野市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金支給要綱第5条の規定により、助成金の支給申請、請求及び代理受領を下記の委託医療機関に委任します。

なお、助成金の支給決定のため、対象者の住民登録状況、納税状況及び接種歴について、裾野市が調査を行うことに同意します。

1 対象者が受ける予防接種

該当に ○	ワクチン名	種 別	支給申請額
	乾燥弱毒生水痘ワクチン	生ワクチン	4,000円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(1回目)	不活化ワクチン	10,000円
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(2回目)	不活化ワクチン	10,000円

2 対象者（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 裾野市	

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。

（接種日） 年 月 日

受 任 者	所 在 地 医療機関名 代 表 者 名
-------------	-----------------------------------