

裾野市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金支給申請書

年 月 日

裾野市長

申請者

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の支給を受けたいので、裾野市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金支給要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

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 申請するワクチン接種

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
接種日	年 月 日	接種医療機関名	

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	

3 助成金の振込先

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協						支店
	種別	普通	口座番号					
口座名義人 (カタカナ)								

4 口座名義人が請求者と異なる場合は、下記の委任状も記入してください。

委 任 状	
私は、本申請の裾野市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。	
年 月 日	申請者 _____
裾野市会計管理者様	

※ 添付書類

- 接種を受けた医療機関が発行する領収書、 接種済証その他ワクチン接種をしたことが確認できる書類
- 本人が確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証等）、 医療機関にて記入した予診票の写し
- 通帳又はキャッシュカード（振込先金融機関、支店、口座番号、口座名義のわかるもの）

決定金額	
※市記入欄	円

※申請期間は、接種を受けた日の属する年度の翌年度の4月10日までとなります。