

別記様式（第4条関係）

宝達志水町带状疱疹予防接種補助金交付申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
(申請人が本人以外の場合、続柄 _____)
電話番号 (_____) - _____

宝達志水町带状疱疹予防接種補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ			生年月日	
接種者の 氏名			年 月 日 (歳)	
住所 (申請者同一の 場合は記載不要)	〒 _____ 電話 (_____) - _____			
ワクチンの種類	接種日		接種費用	上限額
生ワクチン				3,000 円
組換えワクチン	1 回目			6,000 円
	2 回目			6,000 円
補助金申請(請求)額 _____ 円				
振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

- 【添付書類】
☐ 予防接種の種類や接種を受けたことが明記された書類（明細書等）
☐ 接種した医療機関が発行した領収証の原本
☐ 通帳の写し等、振込先の情報が分かる書類
☐ その他町長が必要と認める書類

※家族等が申請者になる場合は、下記の署名欄に本人が署名してください。

委任状	
年 月 日	
私は、上記に係る補助金の申請又は受領の権限を申請者に委任します。	
(住所) _____	
(氏名) _____	印 (申請者との続柄) _____