

様式第4号（第8条関係）

養父市帯状疱疹任意予防接種費助成金（償還払）申請書兼請求書

年 月 日

養父市長 様

申請者 ※被接種者本人が申請できない場合は、監護している代理人の住所氏名等をご記入ください。	住所：
	氏名：
	電話番号：
	被接種者との続柄：

養父市帯状疱疹任意予防接種費助成金交付要綱第8条第1項の規定に基づき、下記のとおり養父市帯状疱疹任意予防接種費助成金の支給を申請します。

記

1 申請（請求）内容

(1) 被接種者

・住所 _____
・氏名 _____
・生年月日 _____ 年 月 日生

(2) 助成区分 _____ 一部（満50歳以上）・全額（満50歳以上の生活保護世帯者）

(3) 接種年月日 _____ 年 月 日

(4) 申請金額（請求額） _____ 円

2 振込先（申請者の口座）

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店
預金種目	1 普通預金	2 当座預金
口座番号		
ふりがな 口座名義		

3 添付書類

- (1) 予防接種したことが分かるもの（予診票の写し、明細書等）
- (2) 医療機関が発行した予防接種費の支払内容が確認できる領収書等

記入見本

様式第4号（第8条関係）

養父市帯状疱疹任意予防接種費助成金（償還払）申請書兼請求書

年 月 日

養父市長 様

申請者 ※被接種者本人が申請できない場合は、監護している代理人の住所氏名等をご記入ください。	住所：養父市八鹿町八鹿 1675
	氏名：養父 太郎
	電話番号：079-662-3167
	被接種者との続柄：本人

養父市帯状疱疹任意予防接種費助成金交付要綱第8条第1項の規定に基づき、下記のとおり養父市帯状疱疹任意予防接種費助成金の支給を申請します。

記

1 申請（請求）内容

(1) 被接種者

- ・住所
- ・氏名
- ・生年月日

「予防接種を受けた方」です

養父市八鹿町八鹿 1675

養父 太郎

昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日生

該当するものを○で囲んでください

(2) 助成区分

一部（満50歳以上）・全額（満50歳以上の生活保護世帯）

(3) 接種年月日

令和〇年 〇〇月 〇〇日

(4) 申請金額（請求額）

10,000 円

【一部助成の方】市の助成金額が上限になります。
・生ワクチン 4,000円
・不活化ワクチン 10,000円

ただし、市の助成金額を下回る場合は、医療機関でお支払いの金額をご記入ください。

2 振込先（申請者の口座）

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合
預金種目	1 普通預金 2 当座預金
口座番号	1 2 3 4 5 6 7
ふりがな 口座名義	やぶ たろう 養父 太郎

「申請者」と同じ方をお願いします

3 添付書類

- (1) 予防接種したことが分かるもの（予診票の写し、明細書等）
- (2) 医療機関が発行した予防接種費の支払内容が確認できる領収書等