

(その3)

(帯状疱疹ワクチン用)

年 月 日

佐倉市任意予防接種費用助成申請書

(宛先) 佐倉市長

(申請者)

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

佐倉市任意予防接種費用助成事業実施規則第5条の規定により、任意予防接種費用に要した費用の助成を申請します。

記

※申請できるのは、原則、接種を受けた本人に限ります。

被接種者	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日 (接種日当日 歳)
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	接種日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒	
	被接種者の個人番号			
	予防接種の内容 ※予防接種の種類 (①・②) のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			
	予防接種の種類	回数	接種年月日	申請額
	<input type="checkbox"/> ①生ワクチン (ビケン)	1回目	年 月 日	円 (上限2,000円)
<input type="checkbox"/> ②不活化ワクチン (シingleックス)	1回目	年 月 日	円 (上限5,000円)	
	2回目	年 月 日	円 (上限5,000円)	

私が受領する予防接種費用の助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 本店							
		信用金庫 支店							
	農協 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									

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※自署の場合は押印不要です。

※委任状	
私は、上記口座名義人に予防接種費用の助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 年 日	申請者氏名 Ⓜ

【確認事項】 ※該当する項目に☑を入れ、必要事項を記入してください。

帯状疱疹ワクチンの任意予防接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記で「はい」の場合、費用助成を受けたワクチンの種類を選択し、助成を受けた自治体名を記入してください。	<input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン) 1回 / _____ 市・町・村
※不活化ワクチン (シングリックス) の接種費用の助成を受けた場合は、該当する助成回数の欄に助成を受けた自治体名を記入してください。	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (シングリックス) 1回 / _____ 市・町・村 2回 / _____ 市・町・村

【提出書類】

接種を受けた医療機関が発行する領収書の原本

ワクチンの種類及び金額が分かる明細書の原本 (領収書に当該種類及び当該金額の記載がない場合に限る。)