

様式第4号（第10条関係）

带状疱疹予防接種助成金交付申請書

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

带状疱疹予防接種の助成を受けたいので、たつの市带状疱疹予防接種助成事業実施要綱第10条第1項の規定により申請します。

申請金額 \_\_\_\_\_ 円

対象者	住 所						
	氏 名				生年月日	年 月 日	
接種した種類		<input type="checkbox"/> 生ワクチン（水痘ワクチン） <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（带状疱疹ワクチン）					
回数	接種年月日	医療機関			助成額		
1回目	年 月 日				円		
2回目	年 月 日				円		
申請理由		1 実施医療機関以外で予防接種を受けたため 2 その他 ( )					
振込先	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協			金融機関 コード		
	支店名	本店・支店・出張所			店舗コード		
	口座番号					口座種別	普通 ・ 当座 (いずれかに○)
	フリガナ						
	口座名義人						

**【誓約・同意事項】**

※内容を確認し、必ずを入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、たつの市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
この申請書を、たつの市において支給決定した後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/>

**【添付書類】**

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書）の写し  
（※領収書及び明細書は持参の際、原本をお持ちください）
- 接種記録が確認できる書類（予診票又は接種済証）の写し
- 助成券