

宍粟市帯状疱疹ワクチン接種費助成事業申込書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

申請者(被接種者)氏名 _____

宍粟市帯状疱疹ワクチン接種費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、
関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		電話番号	
住 所	〒		
ワクチン の 種 類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）		
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）1回目		
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）2回目		
接種年月日	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
申請金額（合計）		円	
接種した 医機機関	所在地		
	名 称		
	電話番号		

【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				
店舗名	本店・支店 出張所	店舗 コード				
口座番号		口座種類	普通 ・ 当座			
フリガナ						
口座名義人						

【委任欄】 ※申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望する場合

私は、上記口座名義人に、本助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

申請者氏名 _____ (印)

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、宍粟市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに帯状疱疹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
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
市が助成金を支払った後、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ことが判明した場合には、支払いを受けた助成金を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】 ※添付した書類に☑をしてください。

接種費用の支払を証明する書類（領収書、支払証明書等）

接種記録が確認できる書類（接種済み記録のある予診票、接種内容記載の明細書）

→ 上記2点を紛失等している場合、本助成事業申請用証明書

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの。宍粟市が住民基本台帳情報を確認できる場合は省略できます。）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。