

様式第3号（第6条関係）

交付申請書（带状疱疹ワクチン）

年 月 日

牧之原市長

申請者 住所
氏名
(被接種者との続柄：)
電話

牧之原市任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

被接種者	(ふりがな) 氏名			
	生年月日			
	住所			
带状疱疹ワクチン <small>(接種した種類を○で囲ってください)</small>	接種回数 <small>(申請する回数項目にレ点してください)</small>	接種年月日	助成金申請額	接種医療機関名
①生ワクチン (ビケン)	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	3,000 円	
②不活化ワクチン (シングリックス)	<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	3,000 円	
助成金交付決定額	円			

助成金振込先

口座振込先 金融機関名	() 銀行・金庫・農協・労金	本店・()支店
口座種別	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

(注)

- この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - 医療機関が発行した接種費用の領収書
 - 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳等）の写し
 - その他市長が必要と認めるもの（申請書に記入した通帳）
- 申請者と振込先の口座名義人は同一の方でお願いいたします。（申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。）