御代田町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用補助金交付申請書兼口座振込依頼書

令和 年 月 日

御代田町長 様

申請者 〒389-

住所 御代田町大字

氏名 (続柄)

電話番号

御代田町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。また、審査に必要な情報（住民基本台帳、ワクチン接種状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

記

1 申請内容 ※ 太枠内を記載ください。なお、裏面も記載してください。

対象者	(フリガナ) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒389-			
予防接種ワクチンの種類 (いずれかを○で囲む)		1 水痘ワクチン (生ワクチン)	2 帯状疱疹ワクチン(不活化ワクチン)		
① 接種年月日	年 月 日	1回目	令和 年 月 日	2回目	令和 年 月 日
② 接種金額	円	1回目	円	2回目	円
③ 接種費用の1/2の額 (②×1/2) *千円未満は切捨て	円	1回目	円	2回目	円
④ 補助上限額	4,000円	1回目	15,000円	2回目	15,000円
⑤ 補助交付申請額 (③又は④のいずれか少ない額)	円	1回目	円	2回目	円
		計		円	

(添付書類)

- 1 予防接種に係る医療機関の発行する領収書の写し（ワクチン名、接種日、接種金額、宛名（接種者の氏名）、領収書発行医療機関名の記載のあるもの）
- 2 マイナンバーカード又は運転免許証の写し等代理人本人であることが確認できる書類（代理人の場合に限る。）
- 3 その他町長が必要と認める書類

2 誓約・同意事項 ※該当する項目に☑をしてください。

以前に、带状疱疹ウイルス任意予防接種費用について、町及び他の団体から補助を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり補助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か。	☐ はい ☐ いいえ

御代田町带状疱疹ワクチン任意予防接種費用補助金の交付が決定・確定された場合には、交付決定・確定額を次の金融機関口座に振り込んでください。

3 受領委任欄（代理人の口座を指定する場合は、必ずご記入ください。）

下記の者を代理人と認め、補助金の受領を委任します。

代理人氏名		対象者との続柄	
代理人住所	〒		

4 振込口座（申請者名義の口座を記入してください。）

振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所
フリガナ		預金種別	普通 ・ 当座
口座名義人		口座番号	