

様式第1号（第5条関係）

入間市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

入間市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、入間市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

1 予防接種の内容

接種を受けた者の氏名		生年月日	年 月 日
接種日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		
予防接種の種類及び回数	<input type="checkbox"/> ビケン（生ワクチン）		1回
	<input type="checkbox"/> シングリックス（不活化ワクチン）		2回
接種日	1回目	年 月 日	接種費用合計 円
	2回目	年 月 日	
助成申請額	円（4,000円 × 回）		
接種医療機関名			
接種医療機関所在地			

2 振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※ 申請者と異なる名義人の口座に振り込みを希望する場合には、ご記入ください。

私は、上記口座名義人に、入間市帯状疱疹予防接種費用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