

記入例

様式第1号（第5条関係）

入間市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和5年4月1日

（宛先）入間市長

申請者 住所 入間市下藤沢 846-1
氏名 入間 太郎
電話番号 04-2966-5513

入間市带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、入間市带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	入間 太郎	生年月日	昭和45年 1月 1日
接種日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 入間市豊岡1-16-1（現住所と異なる場合のみ記入）		
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 checked="" type="checkbox"/> シングリックス（不活化ワクチン）		2回
接種日	1回目 令和5年 4月 1日	接種費用合計	50,000円
	2回目 令和5年 6月 1日		
助成申請額	8,000円（4,000円 × 2回）		
接種医療機関名	入間市上藤沢クリニック		
接種医療機関所在地	入間市上藤沢 730-1		

2 振込先

振込先	金融機関名	黒須	銀行	信用金庫	豊岡支店
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1234567	
	フリガナ	イルマ タロウ			
	口座名義	入間 太郎			

※ 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、入間市带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