

様式第1号(第4条関係)

秩父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) 秩父市長

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

秩父市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、秩父市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により次のとおり申請(請求)します。

なお、申請内容を確認するため、市が保有個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

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
予防接種の種類及び回数	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性水痘ワクチン		1回
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン		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		
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			
<p>※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。</p> <p>私は、上記口座名義人に、秩父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。</p> <p>年 月 日 申請者氏名</p>				