

帯状疱疹予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

森 町 長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____ 印 _____

住所 _____

電話番号 _____
続柄 ()

帯状疱疹予防接種における助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて請求します。

接種状況及び請求額内訳

接種者	ふりがな					
	氏 名					
	生年月日		大正 昭和	年	月	日 (歳)
接種年月日		1 回目	年	月	日	2 回目 年 月 日
ワクチンの種類 ※いずれかに○を付けてください			接種費用		助成金額	交付請求額
生ワクチン (ビケン)					4,000 円	
組換えワクチン (シングリックス)	1 回目				11,000 円	
	2 回目				11,000 円	

交付請求額	円
-------	---

振込先

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 漁業協同組合 本店 ・ 支店	預金種別	普通 ・ 当座					
		口座番号						
		フリガナ						
		口座名義人						

※「申請者」と「口座名義人」が異なる場合は、委任状に記入・押印が必要です。

上記請求にあたり領収証を確認しました。	担当者印	
---------------------	------	--

※表紙の振込先について「申請者」と「口座名義人」が異なる場合には、下記の委任状に記入し押印して下さい。

委 任 状

委任者（申請者）

住 所 北海道茅部郡森町字

氏 名

⑨

私（申請者）は、下記の者を代理人と定め、予防接種費用助成金の受領について委任いたします。

年 月 日

代理人（口座名義人）

住 所

氏 名

電話番号

⑨

森 町 長 様

（注意）委任状は全ての記入部分を必ず委任者（申請者）本人がお書き下さい。