

**木城町带状疱疹任意予防接種費用助成申請書**

年 月 日

木城町長 殿

次のとおり、関係書類を添えて带状疱疹任意予防接種費用助成を申請しますので、給付にあたっては、下記の口座へ振り込みください。なお、本申請にあたり申請者及び被接種者の住民基本台帳を確認することについて同意します。

|     |        |   |
|-----|--------|---|
| 申請額 | 20,000 | 円 |
|-----|--------|---|

|       |             |
|-------|-------------|
| 生ワクチン | 上限 10,000 円 |
|-------|-------------|

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 不活化ワクチン | 上限 20,000 円(10,000 円×2 回) |
|---------|---------------------------|

【太枠内をご記入ください。】

①申請者は、被接種者または同一世帯の方とします。

|      |                                   |                                       |                          |
|------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| ※申請者 | 住 所                               | 木城町大字 <b>高城〇〇〇番地</b>                  | 生年月日(年齢)                 |
|      | フリガナ                              | <b>キジョウ 〇〇</b>                        | 接種者との続柄                  |
|      | 氏 名                               | <b>木城 〇〇</b>                          |                          |
|      | 電話番号<br><small>(日中連絡がとれる)</small> | ( <b>〇〇</b> ) <b>△△</b> - <b>□□□□</b> | 夫・ <b>妻</b> ・子<br>その他( ) |

※②被接種者と申請者が異なる場合にご記入ください(申請者が被接種者本人である場合は☑をお願いします)

|                  |                                   |                                       |                          |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| ※被接種者            | 住 所                               | 木城町大字 <b>高城〇〇〇番地</b>                  | 生年月日(年齢)                 |
|                  | フリガナ                              | <b>キジョウ △△</b>                        | 申請者との続柄                  |
|                  | 氏 名                               | <b>木城 △△</b>                          |                          |
|                  | 電話番号<br><small>(日中連絡がとれる)</small> | ( <b>〇〇</b> ) <b>△△</b> - <b>××××</b> | 夫・ <b>妻</b> ・子<br>その他( ) |
| ☐ 申請者が被接種者本人である。 |                                   |                                       |                          |

③振込先氏名と申請者氏名は必ず同一人物になるようにお願いします。

|     |                 |                  |                     |  |                    |  |  |
|-----|-----------------|------------------|---------------------|--|--------------------|--|--|
| 振込先 | 金融機関名           | <b>〇〇</b>        | 銀行 金庫<br>農協 ゆうちょ銀行  | <b>〇〇</b>                                  | 本店<br>支店<br>出張所    |  |  |
|     | 種 目             | ・普通<br>・当座       | 店番号<br><b>〇 〇 〇</b> | 口座番号(右寄せで記入してください)<br><b>△ △ △ △ △ △ △</b> |                    |  |  |
|     | ゆうちょ銀行<br>(郵便局) | 記号(右寄せで記入してください) |                     |  | 口座番号(右寄せで記入してください) |  |  |
|     | 口座名義人<br>(申請者)  | フリガナ             | <b>キジョウ 〇〇</b>      |  |                    |  |  |
|     | 氏名              | <b>木城 〇〇</b>     |                     |  |                    |  |  |

※申請者氏名と振込先の口座名義人が同一になるようにする

【町記入欄】

| チェック欄 | 確認書類   | ワクチンの種類 (いずれかに☑)   | 助成決定額 |
|-------|--------|--|-------|
|       | 予防接種済証 | <input type="checkbox"/> 生ワクチン<br><input type="checkbox"/> 不活化ワクチン1回目<br><input type="checkbox"/> 不活化ワクチン2回目 | 円     |
|       | 健康手帳等  |  |       |
|       | 領収書    |  |       |
|       | 振込先通帳  |  |       |

※確認書類添付

