

(様式第1号)

松戸市帯状疱疹予防接種費用助成金支給申請書

申請日 年 月 日

松戸市長あて

予防接種に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		接種者との	<input type="checkbox"/> 本人					
申請者		関係	<input type="checkbox"/> 他 ()					
住所・連絡先	〒 () TEL ()							
フリガナ		生年月日	年 月 日					
接種者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入省略可)	(年齢)						
予防接種 種類等 (①②いずれか のみ記入)	<input type="checkbox"/> ①乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)							
	<table border="1"><thead><tr><th>接種年月日</th><th>金額</th></tr></thead><tbody><tr><td>年 月 日</td><td>円</td></tr></tbody></table>			接種年月日	金額	年 月 日	円	
接種年月日	金額							
年 月 日	円							
	<input type="checkbox"/> ②乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)							
	<table border="1"><thead><tr><th>接種年月日</th><th>金額</th></tr></thead><tbody><tr><td>年 月 日</td><td>円</td></tr><tr><td>年 月 日</td><td>円</td></tr></tbody></table>			接種年月日	金額	年 月 日	円	年 月 日
接種年月日	金額							
年 月 日	円							
年 月 日	円							
接種した 医療機関名								

金融機関名		店名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 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、下記の欄の記入・押印が必要です
(受領の委任) 下記の受任者へ受領を委任します

委任者氏名	㊦	委任者住所	
受任者氏名		受任者住所	

- ※添付書類 ①接種記録がわかるものの写し (予診票・接種済証等)
②領収書 (原本) および内訳明細書 (原本)
③振込口座がわかるもの (通帳 (写) 等)