

様式第1号（第5条関係）

三木市帯状疱疹予防接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

三木市長 様

申請者住所

氏 名

(※)署名又は記名押印してください。

被接種者との関係 ( )

電話番号 ( )

三木市帯状疱疹予防接種費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請（請求）します。口座名義人が申請者と異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

また、審査に必要な範囲で、住民基本台帳の照会及び医療機関への問合せを行うことに同意します。なお、県内の他の自治体を実施する同様の助成金等の交付を受けていません。

1 申請内容

住所	〒673— 三木市		
ふりがな 被接種者名		生年 月日	年 月 日
年齢 (接種日時点)	歳	今回の接種履歴	1回目・2回目
		過去の助成履歴(他市 町含)	・あり( )市町 ・なし
接種費合計	円(接種に直接かかった費用)		
請求額	円(上限4,000円)		
接種確認	1 領収書	2 予診票	3 ( )

2 振込先

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協							本店 支店 出張所
	口座種別	普通 当座	口座番号						※左詰記入
	ふりがな								
	口座名義人								

3 添付書類

- (1) 本人確認書類の写し(窓口で原本を提示する場合は、省略できます。)
- (2) 医療機関が発行する予防接種に係る領収書
- (3) その他市長が必要と認める書類

今回接種したワクチン (○をする)	(生)乾燥弱毒生水痘ワクチン・(不活化)乾燥組換えワクチン
----------------------	-------------------------------