

様式第 1 号（第 4 条関係）

竹田市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請兼請求書

申請日 年 月 日

竹田市長 様

〈市記載欄〉 ※決定日以降は請求書として取り扱い

決定日 年 月 日

請求日 年 月 日

竹田市帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

被接種者	フリガナ		生年月日	大正 昭和	
	氏 名			年 月 日	
	住 所	〒			
	ワクチンの種類	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン			
	接種年月日及び接種費用	1回目	年 月 日	円	
		2回目	年 月 日	円	
	助成申請額	(※市記入欄) 計 円			
	接種を実施した医療機関	名 称			
住 所					

※乾燥組換え帯状疱疹ワクチンは 2 回目接種後に 1 回目も含めて申請してください。

【裏面も忘れずにご記入ください】

(裏面)

私が受領する接種費用助成金について、下記口座への振込を依頼します。

振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用組合 農協							本店 支店 支所
	預 金 種 別	普通 ・ 当座							
	口 座 番 号	(右詰めで記入)							
	フリガナ								
	口 座 名 義 人								

※被接種者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和 年 月 日	
被接種者氏名〔	印〕
※本人自筆の場合は押印不要	

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、竹田市長が認めるときは調査を行うことに同意します。	☐ はい ☐ いいえ
この申請書を、竹田市において支給決定した後は、任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意します。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合、相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還します。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】提出前にチェックしてください

☐被接種者の身分証明書（氏名・住所・生年月日が確認できる書類）の写し

※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等いずれかひとつ

☐接種内容が確認できる書類（带状疱疹予防接種の記載にある領収書等）

※市確認欄【確 認 日】	年 月 日
【確認内容】ワクチン種類（	）
医療機関名（	）

☐接種に係る費用の医療機関の領収書

☐振込先金融機関の通帳の写し（口座番号、名義人確認のため）

※必要書類が不足している場合は、追加の書類を求めることがあります。