

山口市带状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 山 口 市 長

申請者 干
 住所 山口市
 氏名
 (連絡先 〇〇)

山口市带状疱疹ワクチン予防接種費用助成要綱第9条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認が必要な場合には、接種した医療機関に問い合わせることに同意します。

被 接 種 者	住 所	□申請者に同じ 山口市		
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年	月	日
接 種 日	年 月 日	接種に要した費用	円	
接種したワクチン	生ワクチン(水痘ワクチン) ・ 不活化ワクチン(带状疱疹ワクチン)			
指定医療機関外で 受けた特段の理由	1 入院、入所者 2 特別な事情により、避難措置を行っている者			

●添付書類（本申請書と一緒に提出してください。）

- 1 医療機関が発行した領収書（原本）
- 2 医師が記名した予診票の写し又は接種済証
- 3 その他市長が必要と認める書類

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種 別	1 普通 2 当座 3 その他			
金融機関コード	店 舗 コード	口座番号				
フリガナ						
口座名義人						

※申請者以外の方の口座に振り込みを希望される場合には、以下もご記入ください。

※委任状	
私は、この申請に係る助成金受取りの権限を次の者に委任します。	
委任者（申請者）	受任者（口座名義人）
住所 山口市	住所
氏名	氏名

受付年月日	年 月 日	交付金額	円
-------	-------	------	---