別 記

第 1 号様式（第 4 条）

带状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業助成金交付申請書

年 月 日

横芝光町長 様

横芝光町带状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定により、
次のとおり申請します。

申請者氏名 (被接種者)		生年月日 (年齢)	年 月 日 (満 歳)
申請者住所	横芝光町		
ワクチンの種別	生ワクチン ・ 不活化ワクチン		
	接種年月日	接種医療機関名	予防接種費用の額
1 回目	年 月 日		円
2 回目	年 月 日		円
交付申請額	円		

振込先口座					
金融機関名	銀行 農協 信用金庫		金融機関コード	支店名等 支店	支店番号
	口座の種類 (フリガナ)	普通・当座	口座番号		
口座名義人					

【申請者名義と異なる名義の口座に振込みを希望される場合】

※委任状	
私は、上記振込先口座欄に記載した口座名義人に带状疱疹ワクチン予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
受領者（口座名義人）	住所
	氏名
委任者（申請者）	氏名 ㊟

※添付書類

- 予防接種に要した費用が分かる領収書
- 接種日及び接種したワクチンの種類が確認できる書類
- 振込先口座が分かるもの