

様式第5（第6条関係）

江南市帯状疱疹予防接種費用助成金請求書（償還払用）

年 月 日

江南市長 様

請求者 住所

氏名

電話番号

次のとおり、関係書類を添えて帯状疱疹予防接種費用に係る助成金の交付を請求します。なお、助成金は下記金融機関へお振り込みください。

助成対象者	ふりがな		生年	年	月	日生
	氏名		月日	(	歳	か月)
	住所					
接種医療機関名						
ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（帯状疱疹ワクチン） <input type="checkbox"/> 生ワクチン（水痘ワクチン）				
予防接種を受けた年月日		1回目	年	月	日	
		2回目（※不活化ワクチンのみ）	年	月	日	
接種費用総額		円				
助成額		円（※接種費用総額が上限額を超える場合は、上限額を記入してください）				
添付書類		<ul style="list-style-type: none"> <li>江南市帯状疱疹予防接種費用助成対象者認定通知書兼助成券又は助成対象者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し</li> <li>接種医療機関が発行する領収書</li> <li>その他市長が必要と認めるもの</li> </ul>				
振込先	金融機関名	銀行	本店	口座名義人	フリガナ	
		信金・信組	支店			
		農協・労金	出張所			
	預金の種類	普通・当座・貯蓄	口座番号			
<p>※口座名義が請求者と異なる場合は、下記にご記入ください。</p> <p>私の受領すべき帯状疱疹予防接種費用助成金は、上記口座名義人に受領委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>						

※予防接種を受けた日の属する年度末までに請求してください。  
 ※提出先は江南市保健センター（江南市北山町西300番地）です。