

川西市带状疱疹ワクチン接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

川西市長 あて

必要書類を添えて下記のとおり带状疱疹ワクチン接種費の助成を申請します。

申請者 (被接種者)	フリガナ氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住所	〒 川西市			電話番号				
接種年月日		年 月 日							
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所				
	預金種別	1.普通 2.当座 3.貯蓄	口座番号						
	フリガナ	-----							
	口座名義人	-----							
兵庫県内の川西市以外の市町で带状疱疹ワクチン接種の費用助成を受けていますか？					1.はい (受けました) 2.いいえ (受けていません)				

※ 太枠内に訂正がある場合は二重線を引き、申請者名(自署又は押印)で訂正してください。修正テープ等不可。

※ 接種内容等の確認のため医療機関に問い合わせをすることや、住民基本台帳の確認をすることがあります。ご了承ください。

◆「振込先」欄の口座名義人が申請者(被接種者)と異なる場合は、下欄の「委任状」に被接種者名の自署又は記名押印をしてください。

委 任 状	
私は、上記口座名義人に带状疱疹ワクチン接種助成費助成金の受領を委任します。	
年 月 日	
委任者氏名 _____	

以下は記入しないでください。

接種費用	円
自己負担額	円
支給決定額	円

受理日	受理者	住基	ワクチン確認	回数	本人
					個・免・パ・保・年 他()