

掛川市帯状疱疹任意予防接種助成金交付申請書兼代理受領委任申出書

掛川市長

掛川市帯状疱疹任意予防接種助成金の交付を申請します。

なお、掛川市帯状疱疹任意予防接種助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

申請者 (被接種者)	住 所	(電話番号)	
	フリガナ		
	氏 名	(署名又は記名押印)	
	生年月日	年 月 日 (歳)	
予防接種の種類及び 交付申請額 (該当する項目に☑を入 れてください。)	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (生ワクチン)	3,000円	
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (不活化ワクチン) 1回目	5,000円	
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (不活化ワクチン) 2回目	5,000円	

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。

【誓約・同意事項】

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請、請求及び受領について受任します。

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・代表者名・接種年月日
ワクチン名	ml	医療機関名
Lot No.		代表者名
		接種年月日 年 月 日