

丹波市帯状疱疹予防接種助成金交付申請書兼請求書

申請日： 令和 年 月 日

丹波市長 林 時彦 様

下記のとおり、丹波市帯状疱疹予防接種助成事業実施要綱第10条の規定により次のとおり申請します。  
なお、市長が市の保有する住民基本台帳の調査を行うこと、及びこの申請の内容について医療機関へ照会することについて同意します。

※令和7年4月1日～令和8年3月31日までに全額自己負担で接種された方が対象です。  
※請求書の提出期限は、令和8年4月10日までです。

①申請者 ※接種を受けた方 または窓口来訪者。	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日 平成		
	氏名						
	住所	〒 丹波市					
	電話番号		メールアドレス				
②被接種者 (①と同じ場合は、 記入不要)	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日		
	氏名						
	住所	〒 丹波市					
接種実施 医療機関名	住所						
	名称						
接種種類 及び 接種費用	予防接種種類（いずれかに☑）			回数	接種日	接種費用（円）	助成金額
	帯状疱疹ワクチン	<input type="checkbox"/> ビケン	1回のみ				4,110円
		<input type="checkbox"/> シングリックス	<input type="checkbox"/> 1回目				9,310円
			<input type="checkbox"/> 2回目				9,310円
助成合計金額 <※市記入欄>			円				

●助成金の振込先 ※①申請者と③口座名義人が異なる場合は委任欄もご記入ください。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	③口座名義人
農協 ・ 信用金庫 ・ 銀行	本店 ・ 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		(フリガナ)
口座名義人の生年月日		昭和・平成 年 月 日		

●領収書（原本）返送先 ※いずれかに☑してください。

<input type="checkbox"/> ① 申請者本人	<input type="checkbox"/> ③ 口座名義人
<input type="checkbox"/> ④ 上記以外	<宛名> _____
<住所> 〒 _____	

●委任欄 ※①申請者と③口座名義人が異なる場合のみ、以下の委任欄を①申請者がご記入ください。

委任	私（①申請者）は下記の受任者（③口座名義人）に助成金の受取を委任します。	
	令和 年 月 日	①申請者氏名 (自署)
	③受任者氏名（口座名義人） _____	

●添付書類 【必須】 ☐ 領収書等、接種日、接種費用が分かる書類の原本  
【任意】 ☐ 振込口座の分かるもの ☐ 予診票の写し等、接種したことが分かる書類

【以下、市記入欄】

確認事項	支 所		健康課	
<input type="checkbox"/> 対象者確認 接種時点で満50歳～60歳（S40.4.2～S41.4.1生）	受付日	受付者	受付日	受付者
<input type="checkbox"/> 本人確認（マイナンバーカード、運転免許証等）	／		／	
<input type="checkbox"/> 申請内容 <input type="checkbox"/> 領収書等の原本 <input type="checkbox"/> 予診票等				