様式第１号（第５条関係）

玄海町帯状疱疹予防接種費用助成申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

　　玄海町長　様

玄海町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（被接種者） | フリガナ |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 予防接種の内容 | ワクチン  の区分 | □生ワクチン | | | | | | |
| □不活化ワクチン | | | | | | |
| 接種回数 | 接種日 | | 医療機関名 | | | | 接種費用 |
| １回目 | 年　　月　　日 | |  | | | | 円 |
| ２回目  （不活化ワクチンのみ） | 年　　月　　日 | |  | | | | 円 |
| 助成金 | 申請額  （接種費用の1/2  または上限額）  ※1,000円未満は  切り捨て | １回目 | 円 | | | 合計  　　　　　　　　　　円 | | |
| ２回目  （不活化ワクチンのみ） | 円 | | |

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座  振込先口座 | 金融機関名 |  | 支店(支所)名 |  |
| 預金種別 | 普 通 ・ 当 座 | | |
| 口座番号 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 過去に玄海町帯状疱疹予防接種費用助成事業において、生ワクチン接種として１回又は不活化ワクチン接種として２回の助成金の交付を受けたことがありますか。 | □いいえ　□はい |
| 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、玄海町が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。 | □はい　□いいえ |
| 口座振替払いによる交付を受ける場合は、上記の指定口座への記帳をもって交付決定に代えることに同意しますか。 | □はい　□いいえ |
| 申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの助成金の全部又は一部を返還することに同意しますか。 | □はい　□いいえ |

【添付書類】

　□接種費用が分かる領収書の原本

□振込先の口座が分かる通帳などの写し

【申請期間】

　□接種日から起算して１年以内