様式第１号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金

交付申請書兼代理受領委任申出書

年　　月　　日

長泉町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

助成金の交付を受けたいので、長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付要綱第４条の規定により、次のとおり申請し、助成金の請求及び受領を下記の委託医療機関に委任します。

　なお、助成金の交付決定のため、私の住民登録状況及び納税状況について、長泉町が調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ | |  | 生 年 月 日 | 年　　　月　　日  （　　　　　歳） |
| 氏名 | |  |
| 該当に〇 | | ワクチンの種類 | | 助成限度額①  ※１ | 交付申請額②　※２  接種料（支払った金額）が  ①より少ない場合のみ記入 |
|  | | 乾燥弱毒生水痘ワクチン | | 4,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(１回目) | | 10,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(２回目) | | 10,000円 | 円 |

※１　接種料の額と助成限度額との差額を委託医療機関へお支払いください。（接種料が助成限度額①を上回る場合のみ）

※２　接種料の額が助成限度額①を上回る場合は、助成限度額①を交付申請額②とします。

【委託医療機関記入欄】

上記の助成金の請求及び受領について受任します。

（接種日）　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者 | 所在地  医療機関名  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

様式第１号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

記入例

申請者の欄と太枠内を記入

長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金

交付申請書兼代理受領委任申出書

年　　月　　日

長泉町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　所

　　　　　　　　　　氏　　名

申請者と被接種者は同じ名前

　　　　　　　　　　　※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

助成金の交付を受けたいので、長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付要綱第４条の規定により、次のとおり申請し、助成金の請求及び受領を下記の委託医療機関に委任します。

　なお、助成金の交付決定のため、私の住民登録状況及び納税状況について、長泉町が調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ | |  | 生 年 月 日 | 年　　　月　　日  （　　　　　歳） |
| 氏名 | |  |
| 該当に〇 | | ワクチンの種類 | | 助成限度額①  ※１ | 交付申請額②　※２  接種料（支払った金額）が  ①より少ない場合のみ記入 |
|  | | 乾燥弱毒生水痘ワクチン | | 4,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(１回目) | | 10,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(２回目) | | 10,000円 | 円 |

※１　接種料の額と助成限度額との差額を委託医療機関へお支払いください。（接種料が助成限度額①を上回る場合のみ）

※２　接種料の額が助成限度額①を上回る場合は、助成限度額①を交付申請額②とします。

【委託医療機関記入欄】

上記の助成金の請求及び受領について受任します。

（接種日）　　　年　　　月　　　日

いずれか１つに〇

不活化ワクチン２回接種を希望する方は、２枚　書いてください

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者 | 所在地  医療機関名  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |