

様式 2 - ①

福知山市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書（50 歳以上）

年 月 日

福知山市長様

私は、福知山市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付要綱第 6 条第 1 項第 2 号の規定に基づき助成金の交付を申請します。

【申請者】

住所

氏名

【带状疱疹ワクチン接種を受けた人】

住所 福知山市

氏名 生年月日 年 月 日

電話番号 —

下記の口座に振込み願います。

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農業協同組合		本店 支店 支所
	ゆうちょ銀行 店 番		
種 目	普通 当座	口 座 番 号	
フリガナ 口 座 名 義			

- 【注意】 1 申請される人は、必ず領収書・予診票(コピー可)・印鑑(シャチハタ不可)を持参してください。
2 支払は、口座振込にて行います。申請者名義で口座内容を御記入ください。
3 申請者と振込先口座名義が違う場合、以下にも記名押印をお願いします。

口座名義人は、同一生計内の(配偶者、子、その他())であり、当該口座に振り込むことについては、異存ありません。

申請者氏名 印

(以下は、記入しないでください。)

- ☐ 接種日時点で福知山市民であること
☐ 接種日時点で 50 歳以上であること
(下記のいずれかに該当する)
☐ 過去に福知山市の助成で乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」又は「シングリックス筋注用」のワクチン接種を受けていない者
☐ 福知山市の助成で「シングリックス筋注用」のワクチン接種を 1 回受けて、今回の「シングリックス筋注用」ワクチン接種を、1 回目の接種日から 2 月を経過する日から 6 月を経過する日までに受ける者

☐ 領収書(写しでも可) ☐ ワクチンの種類及び接種日が分かるもの(写しでも可)
受付日 年 月 日