

様式2 - ①

福知山市帯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、福知山市帯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

【帯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)・通帳・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月を経過する日の前日までに受ける者

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