

交付申込書兼請求書

年 月 日

（宛先）大東市長

（申込者兼請求者）住所
氏名
電話番号

（※申込者兼請求者が対象者と異なる場合は、委任状が必要です。）

大東市带状疱疹ワクチン任意接種費助成金の交付について、大東市補助金等の交付等に関する条例及び大東市带状疱疹ワクチン任意接種費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申し込みます。なお、当該助成金の交付決定に係る審査に当たり、対象者の住民基本台帳情報及び医療機関におけるワクチンの接種に関する情報について調査、照会等を行うことに同意します。

また、助成金の交付の決定を受けた場合は、同条例第12条第1項の規定により、当該助成金について請求します。

記

助成金交付申込額及び請求額 金 _____ 円

対象者	住 所	☐ 申込者及び請求者と同じ。		
	氏 名	☐ 申込者及び請求者と同じ。		
	生 年 月 日			
	電 話 番 号	☐ 申込者及び請求者と同じ。		
	第1回目		第2回目	
	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン 4,000円 ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000円		☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000円	
	接種日		接種日	
	接種医療機関		接種医療機関	

振込先口座	金融機関名	支店名	種目
	銀行・信金・信組 労金・農協	本店・支店 営業所・出張所	1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義（カタカナでご記入ください。）	

* 申込者兼請求者に口座が無い等の場合は、下記に申込者兼請求者の署名の上、押印してください。
対象者の大東市带状疱疹ワクチン任意接種費助成金について、上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。

申込者兼請求者氏名 _____ 印

以下、事務処理欄

本人確認書類 ☐ あり 領収書又は支払証明書の写し ☐ あり
接種を証明するもの ☐ あり （※被接種者の氏名、接種年月日及びワクチン名、医療機関名が記載されていること）
振込口座通帳の写し ☐ あり
受付方法 ☐ 郵送 ☐ 窓口 ☐ 電話 ☐ 電子申請
助成履歴 ☐ なし ☐ あり（助成：可・不可） 交付決定日 年 月 日

受付者