

申込者が予防接種を受けた人ではない場合は、委任状が必要です

(宛先) 大東市長

(申込者兼請求者) 住所 **大東市 幸町 8-1**
 氏名 **大東 幸二**
 電話番号 **072-874-9500**

印

(※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1条に基づき、

乾燥組換え带状疱疹ワクチンの1回目、2回目を同時に請求する場合は1回目、2回目の合計の金額(20,000円)を記入してください

記

助成金交付申込額及び請求額 金 **4,000** 円

対象者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申込者及び請求者と同じ。		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申込者及び請求者と同じ。		
	生年月日	昭和20年 2月29日		
	電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 申込者及び請求者と同じ。		
	第1回目		第2回目	
	<input checked="" type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン 4,000円 <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000円		<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000円	
	接種日	令和7年1月15日	接種日	
	接種医療機関		接種医療機関	
●●●●クリニック				

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	住道 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。)	
	●●●●△▲▲	ダイトウ コウジ	

* 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。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

予防接種を受けた人と振込先口座名義が異なる場合(この書き方見本では大東幸二さん名義の口座に振り込まない場合)、ここに予防接種を受けた人(大東幸二さんの)の署名、捺印が必要です。

申込者兼請求者氏名

印

振込先口座が申請者と異なり、ここに署名捺印をした方は、上記の申請者氏名の横の

印

部分に、同じ印鑑で捺印をお願いします

振込口座通帳の写し あり なし

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