様式第２号（第５条関係）

坂戸市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書兼委任状

年　　月　　日

坂戸市長　あて

（提出先：坂戸市立市民健康センター）

助成金の交付を受けたいので、坂戸市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付要綱第５条第２項の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定に当たり必要となる情報について、市民健康センターの職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 坂戸市 | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 年　　齢 | 歳 |
| １回目 | 接種年月日 | 年　　月　　日 | | | 接種費用 | 円 |
| 接種医療機関名 | | |  | | |
| ２回目 | ※　この欄は、乾燥組換え帯状疱疹ワクチンの２回目を接種した場合に記入してください。 | | | | | |
| 接種年月日 | 年　　月　　日 | | | 接種費用 | 円 |
| 接種医療機関名 | | |  | | |
| 助成金交付申請額 | | | 円 | | | |

備考　助成金の額は、ワクチンの接種１回につき５，０００円（ワクチンの接種費用が５，０００円に満たない場合にあっては、当該接種費用に相当する額）です。

委　　任　　状

助成金の交付が決定された場合は、助成金の交付請求及び受領の権限を次の者に委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種医療機関  (受任者) | 住　　　所 |  |
| 医療機関名 |  |
| 代表者氏名 |  |

備考　医療機関は、この申請書兼委任状を受け取ったときは、申請者が助成の対象者であるか確認の上、申請者から接種費用から助成金相当額を差し引いた額のみを徴し、この申請書兼委任状を翌月の１０日までに上記提出先に提出してください。