

記入例

様式第2号（第5条関係）

坂戸市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書兼委任状

令和〇年△月×日

医療機関に提出する日

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、坂戸市带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

申請者の情報を記入してください

申請者	住所	坂戸市千代田 1-1-1		
	ふりがな氏名	さかど けんた 坂戸 健太	電話番号	049-283-1331
	生年月日	昭和××年〇月△△日	年齢	55歳

1回目	接種年月日	令和〇年△月×日	接種費用	8,000円
	接種医療機関名	坂戸クリニック		
※ この欄は、乾燥組換え带状疱疹ワクチンの2回目を接種してください。				
		年 月 日	接種費用	円

接種情報を記入してください

目	接種医療機関名	
---	---------	--

助成金交付申請額	5,000円
----------	--------

備考 助成金の額は、ワクチンの接種1回につき5,000円の接種費用が5,000円に満たない場合（助成金に相当する額）です。

助成金額を記入してください

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	埼玉県坂戸市石井 2327-3
	医療機関名	坂戸クリニック
	代表者氏名	健康 太郎

接種医療機関で記入

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。