

記入例

様式第1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

窓口申請⇒来庁日

令和〇年×月△日

郵送申請⇒空欄

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1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

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 やすこ 坂戸 康子 | 電話番号 | 049-283-1331 |
| | 生年月日 | 昭和××年〇月△日 | 年齢 | 58歳 |

| | | | | |
|-----|---------|-----------|------|--------|
| 1回目 | 接種年月日 | 令和〇年△△月×日 | 接種費用 | 8,500円 |
| | 接種医療機関名 | 坂戸さかろん病院 | | |

接種情報を記入してください

| | | | | |
|--|---------|-------|------|---|
| ※この欄は、乾燥組換え带状疱疹ワクチンの2回目を接種した場合に記入してください。 | | | | |
| 2回目 | 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 5,000 円

助成金額を記入してください

備考

- 助成金の額は、ワクチンの接種1回につき5,000円（接種費用が5,000円に満たない場合にあつては、当該接種費用に相当する額）です。
- この申請書は、ワクチンの接種を受けた日から起算して3か月以内に、上記提出先に提出してください。

添付書類

- 接種済証明書その他のワクチンの接種に係る種類、接種日及び医療機関を確認することができる書類の写し
- 領収書の写し