

※ 修正テープや消しゴムで消えるボールペンは使用しないでください。

様式第2号

※ 訂正の際は、二重線で消し、訂正印（請求印と同じもの）をお願いします。

熊谷市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

熊谷市長 小林 哲也 宛

記入日 令和5年 9月 1日

带状疱疹予防接種費用助成金を申請いたします。なお、この申請に基づく助成決定に当たり、住民登録状況について閲覧し、又は調査すること若しくは医療機関等に問い合わせることに同意します。この申請書は、熊谷市において助成を決定した後は、請求書として取り扱うことに同意します。この助成金は、申請者名義の下記口座へ振り込んでください。ただし、代理人が受領する場合は、代理人欄に委任した代理人名義の口座へ振り込んでください。

【申請者欄】（任意接種を受けた方）

※電話番号は日中連絡が取れる電話番号をお願いします。

フリガナ	ケンコウ ハナコ		生年月日	接種日の年齢
氏名	健康 花子 ⑩ <small>※申請者本人が自署する場合は、押印を省略することができます。</small>		昭和40年9月1日	58歳
住所	〒360-0014 埼玉県熊谷市箱田1丁目2番39号	電話番号	048(528)0601	
接種ワクチン <small>※いずれかにチェック</small>	<input type="checkbox"/>	乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	助成額	4,500円
	<input checked="" type="checkbox"/>	乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	助成額	12,000円/回
接種日	1回目：令和5年 4月 10日 2回目：令和5年 7月 28日	接種費用合計	48,000円	
接種医療機関名	健康クリニック			
申請（請求）額	金 24,000 円			

\*助成額より、接種費用が少ない場合は、接種費用をお書きください。

振込	金融機関	000	銀行・金庫 農協・信組	000	本店 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)	0 1 2 3 4 5 6		
	フリガナ	ケンコウ ハナコ				
	名義人	健康 花子 <small>※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記【代理人欄】も記入してください。</small>				
	金融機関コード	1 1 1 1	支店コード	2 2 2		

申請者本人ではなく、別の方の口座に助成金額を振り込む場合に記入してください。

【代理人欄】

代理人	(フリガナ)	生年月日	住 所	
	(氏名) 様	・	電話	( )
上記の者を代理人と認め、助成金の{受領}を委任します。 (申請者氏名) ⑩			申請者からみた代理人の続柄	
<small>※振込先口座の名義が申請者と異なる場合、申請者本人が自署する、又は記名押印してください。</small>				

◆添付書類等は＜裏面参照＞

◆添付書類

- 被接種者氏名、ワクチン名、接種年月日及び接種費用を確認できる領収書
- 本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証など）
- 振込先金融機関の口座名義、口座番号が分かる通帳等の写し

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

◆申請方法

申請書及び上記添付書類を健康づくり課まで持参又は郵送

◆郵送先・お問い合わせ

熊谷市市民部健康づくり課 健康企画係

〒360-0014 熊谷市箱田一丁目2番39号（熊谷保健センター2階）

電話 048-528-0601