

由利本荘市 带状疱疹予防接種(任意)助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先)由利本荘市長

関係書類を添えて、带状疱疹予防接種(任意)予防接種費用の助成を申請・請求します。

助成金申請・請求額 円

Table with 6 columns: 予防接種名, 種類, 1回助成金額, 回数, 助成額, 接種年月日. Rows include 生ワクチン and 不活化ワクチン with their respective amounts and dates.

※太枠内は申請時に関係書類を確認の上記載していただきますので、空欄のままご持参ください。

申請者住所 〒 由利本荘市

申請者氏名 申請者の続柄 (接種者からみて)

申請者電話番号

接種者氏名 接種者生年月日 大正・昭和 年 月 日

Table with 4 columns: 金融機関名, 本店支店出張所, 預金種別, 口座番号. Includes options for 銀行金庫農協 and 普通・当座.

※申請者氏名と口座名義人は同一の方をご記入ください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

Table with 2 columns: 本申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、由利本荘市が必要と認める場合は調査を行うことに同意しますか。 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。