

様式第1号（第4条関係）

尾鷲市带状疱疹予防接種費補助金交付申請書

令和 年 月 日

尾鷲市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

接種者との関係： _____

尾鷲市带状疱疹予防接種費補助金の交付を受けたいので、尾鷲市带状疱疹予防接種費補助金交付要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、私は、この申請に基づく補助金の交付手続きに際し受給資格確認のため市が住民基本台帳の情報を調査すること及び必要に応じて受診医療機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	尾鷲市		
	生年月日	年 月 日 (歳)			
接種 医療機関名					
回数	種類 (いずれかを☑)	接種日	接種費用 (実費)	※補助限度額	※補助金 申請額
1回目	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		円	円	円
2回目	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		円	円	円
※申請額	円				
添付書類	<input type="checkbox"/> 1.医療機関発行の領収書の原本あるいは写し <input type="checkbox"/> 2.接種券				

<注> ※欄は記入しないでください

< 委任状 >

尾鷲市長 様

今回の尾鷲市带状疱疹予防接種費補助金交付申請について、
下記の代理人に委任します。

代理人（申請者） _____

委任者（被接種者） _____ (印)