様式第１号(第４条関係)

　　年　　月　　日

　佐渡市長　　　　　　　　　　様

インフルエンザワクチン接種費用補助金交付申請書

　次のとおり、標記の補助金の交付を受けたいので、佐渡市インフルエンザワクチン接種費用補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

　なお、交付要件確認のため必要な場合は、住民基本台帳等により確認されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | ふりがな  氏名 | 印 | | 電話番号 | | ―　　　― |
| 住所 |  | |
| 被接種者 | | ふりがな  氏名 |  | | 被接種者生年月日 | | 年　月　日 |
| 住所 |  | |
| 接種医療機関 | | 住所 |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 申請金額 | | 円 | | 他からの助成金額 | | 円 | |
| 1回目の接種費用 | | 円 | | 2回目の接種費用 | | 円 | |
| 補助金振込先 | 金融機関名 | |  | | 支店名 | |  |
| 預金種別 | | 普通　・　当座 | | 口座番号 | |  |
| ふりがな  口座名義人 | |  | | | | |

　添付書類　(1)　接種を受けたことを証する書類の写し　□

　　　　　　(2)　接種費用を支払ったことを証する書類　□

　　　　　　　※　(2)の書類を紛失等により添付できない場合は、次の承諾書

　　　　　　　　　が必要になります。

|  |  |
| --- | --- |
| 承諾書  　接種費用を支払ったことを証する書類を紛失しましたので、接種費用の支払いの確認が必要な場合は、接種医療機関へ私の支払い状況について佐渡市が確認することを承諾します。 | |
| 年　　月　　日 | 住所  氏名　　　　　　　　　　印 |