

佐渡市長 様

任意接種費用助成金交付申請書

次のとおり、標記の助成金の交付を受けたいので、佐渡市任意接種費用助成金交付要綱第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、接種医療機関等へ確認されることを承諾します。

助成申請者	住 所		助成申請者 電話番号	— —
	フリガナ 氏 名		メール アドレス※	
予防接種をう けた者（被接 種者）	住 所	<input type="checkbox"/> 助成申請者と同じ	被接種者 生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 助成申請者と同じ		
任意接種種別 （該当にレを つけてくださ い。）	<input type="checkbox"/> 風しん単独 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> インフルエンザ（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 带状疱疹（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 带状疱疹（不活化ワクチン <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目）			
接種医療機関	住所			
	名称			
助成申請額	円			
助成金振込先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	フリガナ 口座名義人			

※ メールアドレスをご記入いただいた場合は、メールにより提出することが可能です。

【添付書類】

- ・ 接種を受けたことを証する書類の写し
- ・ 接種費用を支払ったことを証する書類
- ・ （風しんの場合）抗体価検査結果の写し、母子健康手帳等
- ・ 口座名義人が申請者と相違する場合は、委任状