

様式第3（第6条、第7条関係）

新城市任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

新城市長

申請者
 住所
 氏名
 （保護者氏名 続柄 ）
 連絡先

以下のとおり、任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

なお、本申請に必要となる内容について、医療機関等に照会することについて、同意します。

被 接 種 者	フリガナ				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年 月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	予防接種の種類	带状疱疹に 係るもの	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン		
			<input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン		
		<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン			
	予防接種を 受けた年月日	年 月 日 ※ 带状疱疹ワクチン2回分の申請の場合は両日を記入してください。			
	申請金額	円 ※ 带状疱疹ワクチン2回分の申請の場合は合計額を記入してください。			
	予防接種を 受けた医療機関 <small>※市内医療機関の場合は 名称のみ記入で可。</small>	名称			
		住所			
連絡先					
※ 带状疱疹ワクチン2回分の申請の場合で、予防接種を受けた医療機関が複数ある場合は、こちらに 名称、住所、連絡先を記入してください。					

振込先	金融機関名・支店名	
	種目・口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

※ 申請者氏名と異なる名義の口座への振り込みを希望する場合はこちらを御記入ください。

<p>委任状</p> <p>私は、振込口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>

[必要添付書類及び確認事項]

- 申請者の氏名、住所、生年月日が確認できる書類の写し
(マイナンバーカード(顔写真面のみ)、申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証(両面)等)
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- 接種費用の支払いを証明する書類の原本
(領収書及び明細書、支払証明書等)
- 接種記録(被接種者の氏名、接種日、接種したワクチンの種類)が確認できる書類の写し
(予診票の写し、接種済証、明細書、※おたふくかぜワクチンの場合母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等)
- ※申請者と被接種者が異なる場合(おたふくかぜワクチンにおける保護者を除く): 委任状
- 被接種者は、過去に他の市町村から同種の助成金の交付を受けていない。

申請受理年月日		(交付・不交付) 決定年月日	
---------	--	-------------------	--