

瑞穂町B類疾病定期予防接種費用助成金の償還払交付申請書兼請求書

瑞穂町長 あて

申請日 年 月 日

瑞穂町B類疾病定期予防接種費用助成金の償還払に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

申請者

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名	㊟		
住 所	〒		
ワクチンの種類	接種日	支払額	申請額（請求額）
肺炎球菌感染症 (高齢者がかかるものに限る。)	年 月 日	円	円
インフルエンザ	年 月 日	円	円
新型コロナウイルス感染症	年 月 日	円	円
帯状疱疹ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン)	年 月 日	円	円
帯状疱疹ワクチン (乾燥組換え帯状疱疹ワクチン)	1回目 年 月 日	円	円
	2回目 年 月 日	円	円
			合計 円

私が受領する助成金の交付について、次の指定口座への振込みを依頼します。

振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合						本・支店
	預金種目	普通・ 当座	口座番号					
	口座名義人	フリガナ						

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

【委任状】

私は、上記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。

年 月 日

申請者氏名（自署）

裏面も記入してください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

(1)この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、瑞穂町が必要と認めるときは、調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2)この申請書を、瑞穂町において助成金の交付決定をした後は、接種費の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3)本申請分の予防接種費用について費用の助成その他これに相当する給付を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(4)提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(5)申請内容に偽りがあったときや不正の行為により助成金の交付を受けたときは、交付済みの助成金を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

接種を受けた人の氏名、住所及び生年月日を確認することができる書類の写し

※申請時の住所記載の住民票、運転免許証等のうちいずれか1つ

※誓約・同意事項(1)に同意した場合、添付を省略できます。

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカード等の口座番号が確認できるものの写し

接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

接種を受けたワクチンの種類等の記録を確認することができる書類

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。