

年 月 日

奥州市長 宛

申請者 住所  
氏名  
生年月日 年 月 日  
電話番号

奥州市带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書

奥州市带状疱疹任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条第 3 項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、申請の内容等を審査するため、医療機関が市に申請者の心身の状況について報告すること及び市が審査に必要な情報（住民基本台帳、市区町村民税等の課税状況、生活保護法による被保護世帯の該当の有無、申請者の心身の状況について医療機関に報告を求めること等）を確認、調査等することに同意します。

|                                                                                                                   |                               |          |                                |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|--------------------------------|-------|
| 負担軽減措置                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当する |          | <input type="checkbox"/> 該当しない |       |
| 助成金上限額                                                                                                            | 円                             |          | 円                              |       |
| 接種回数                                                                                                              | 接種年月日                         | 接種費用（税込） |                                | 自己負担額 |
| <input type="checkbox"/> 1 回目                                                                                     | 年 月 日                         | 円        |                                | 円     |
| <input type="checkbox"/> 2 回目                                                                                     | 年 月 日                         | 円        |                                | 円     |
| 助成金上限額又は接種費用から自己負担額を除いた額のいずれか低い額                                                                                  |                               | 助成金申請額   |                                | 円     |
| 金融機関・支店名                                                                                                          | 種別                            | 口座番号     |                                | 口座名義  |
|                                                                                                                   |                               | フリガナ     |                                |       |
| ※申請者以外の口座に振込みを希望する場合のみ記入してください。<br>上記助成金の受領に関することを次の者に委任します。<br>委任を受ける方（口座名義人）住所<br>氏名（申請者との続柄： ）<br>委任する方（申請者）氏名 |                               |          |                                |       |

※指定口座への助成金の振込みをもって、助成金の交付決定の通知に代えます。

**【添付書類】**

- 1 がん等の病状に関する証明書（様式第3号）治療内容その他を証明する書類  
（診断書、治療内容証明書、診療明細書等の写し）
- 2 任意予防接種を受けた記録が確認できる接種済証又は接種済みの記載がある  
予診票の写し等
- 3 接種費用の額及びその支払を証する書類の写し