

可児市長 様

可児市帯状疱疹予防接種費用助成金交付請求書（指定医療機関用）

可児市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、 年 月の帯状疱疹予防接種実施分に係る助成金の代理受領を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり請求します。

申込者 (請求者)	医療機関名	
	代表者名	
	住 所	
	電話番号	

1 交付申請額（請求額） _____ 円

2 交付申請額（請求額）の内訳

ワクチンの種別	1人あたりの助成金額	申請人数 (請求人数)	計
生ワクチン	4,000円	人	円
組換えワクチン	10,000円	人	円
合 計			円

3 振込先 前回と同じ振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所
預貯金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

4 添付書類（申請者全員分の資料を添付してください）

- ・ 可児市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領及び個人情報取扱等に関する同意書（指定医療機関用）（別記様式第1号）の原本
- ・ 予防接種予診票の写し