

可児市長 様

可児市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（本人申請用）

可児市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (被接種者)	(フリガナ) 氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	

1 ワクチンの接種年月日・種別（助成金額）

接種年月日	年 月 日
ワクチンの種別 (助成金額)	次のいずれかに✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 生ワクチン (助成金額4,000円) <input type="checkbox"/> 組換えワクチン 1回目 (助成金額10,000円) <input type="checkbox"/> 組換えワクチン 2回目 (助成金額10,000円)

2 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		

3 添付書類

予防接種に係る領収書の写し（領収書に上記の帯状疱疹ワクチンの予防接種である旨の記載がない場合は、当該ワクチンであることがわかる書類も併せて添付してください。）

担当課記入欄

確認事項	確認資料	処理欄	担当
<input type="checkbox"/> 本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証		
<input type="checkbox"/> 住所(接種日において可児市に 住民登録がある者)	<input type="checkbox"/> 保険証		
<input type="checkbox"/> 年齢(接種日において50歳以上)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		
	<input type="checkbox"/> ()		