

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
兼代理受領及び個人情報の取扱い等に関する同意書（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、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	
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"/> 不活化ワクチン 1回目 (助成金額10,000円) <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン 2回目 (助成金額10,000円)	

() 様

<input type="checkbox"/> (1) 本申請の予防接種が、助成金交付の対象であることを市健康増進課に確認しました。 <input type="checkbox"/> (2) 本申請を、() を通じて市長に提出し、() が代理受領することについて、同意します。 <input type="checkbox"/> (3) 本申請の手続きに関し必要な私の個人情報を、市と() が相互に提供することについて、同意します。

※上記の枠内の各項目について確認及び同意のうえ✓を付けてください。

指定医療機関記入欄

確認事項 <input type="checkbox"/> 本人確認 <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"/> 年齢(接種日において50歳以上)	確認資料 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> ()	接種年月日	年 月 日
		接種費用	円
医療機関 名称/所在地		助成金額	円
		差引徴収額	円