

魚津市長

宛

申請者 住所
氏名
電話番号

魚津市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

魚津市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、魚津市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|---|------------------------|----------------------------------|-------|---------|-------|
| 被接種者 | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 | 魚津市 | | |
| | (ふりがな) 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 接種状況 | 接種医療機関名 | | | | |
| | ワクチン種別 | 回数 | 接種日 | 上限額 | 申請額 |
| | 乾燥弱毒生水痘ワクチン(ピケン) | <input type="checkbox"/> 1回目 | 年 月 日 | 4,000円 | 円 |
| | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス) | <input type="checkbox"/> 1回目 | 年 月 日 | 10,000円 | 円 |
| | | <input type="checkbox"/> 2回目 | 年 月 日 | 10,000円 | 円 |
| 合計（交付申請額） | | | | 円 | |
| 添付書類（提出した書類は返却できません。） | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 医療機関が発行する領収書の原本（ワクチンの種類、回数及び費用が分かるもの。） | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 接種記録が確認できる書類（予防接種済証明書等）の写し | | | | | |

同意書

上記助成金の交付を受けたいので、補助要件を満たしているかを審査するため、市税等の納付状況について確認することに同意します。

| | | | |
|----|------|----|------|
| 氏名 | 生年月日 | 氏名 | 生年月日 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※税務課証明欄

| | | |
|----------|-------|-------|
| 確認年月日 | 滞納の有無 | 確認担当者 |
| | | |
| 以上証明します。 | | |
| 魚津市税務課長 | | 印 |