

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