

記入例

令和6年12月3日

魚津市長

宛

申請者 住所 魚津市吉島〇〇
氏名 健康 太郎
電話番号 000-0000-0000

魚津市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

魚津市带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、魚津市带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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。	魚津市		
	(ふりがな) 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。	生年月日	S〇年〇月〇日	
接種状況	接種医療機関名	〇〇病院			
	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
	乾燥組換え带状疱疹ワクチン(シングリックス)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	R6年4月10日	10,000円	10,000円
		<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	R6年6月27日	10,000円	10,000円
合計（交付申請額）				20,000円	
添付書類（提出した書類は返却できません。）					
<input checked="" 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 checked="" 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
健康 太郎	S 〇.〇.〇	被接種者と同じ世帯の全ての方について記入してください。	
健康 花子	S △.△.△		
健康 次郎	H ×.×.×		

※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