様式第１号（第６条関係）

湯河原町帯状疱疹予防接種費用助成金支給申請書

　　年　　月　　日

　湯河原町長　様

　　　　　　　　　申請者　氏　　名

住　　所　湯河原町

生年月日　　　　　　年　　月　　日

電話番号　　　（　　　）

湯河原町帯状疱疹予防接種費用助成実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ワクチンの種類 | 生ワクチン　　　　 | 不活化ワクチン |
| 接種年月日及び満年齢 | 　年　　月　　日　（満　　　歳） | １回目　 　　年　　月　　日　（満　　　歳）２回目　　　 年　　月　　日 （満　　　歳） |
| 助成金申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　円　 |
| 　銀行　　信用金庫・組合農協 | 普通・当座 | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 本店支店・支所出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

添付資料：領収書、通帳の写し

備考

　１　助成対象者と異なる口座名義人を指定される場合、下記の委任状欄に記入が必要です。

　２　通帳又はキャッシュカードの写し（金融機関名、口座名義人、口座番号のわかるもの）、を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 上記助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 |
| 受任者（口座名義人）住所氏名 | 委任者（申請者）氏名　　　　　　　　　　　　　 |