

寝屋川市高齢者带状疱疹ワクチン予防接種

带状疱疹

報告書兼助成金交付請求書

令和 年 月 日

寝屋川市長 宛

寝屋川市高齢者带状疱疹ワクチン接種事業実施要綱第 13 条第 1 項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

なお、私は「寝屋川市暴力団排除条例（平成 25 年寝屋川市条例第 20 号）に規定する暴力団員でない者又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しない者」であることを誓約し、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

◆ 申請者

氏名	フリガナ	続柄	生年月日	大・昭・平
				年 月 日
住所	〒 -	電話番号	-	-

◆ 被接種者（予防接種を受けた者）（申請者が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。）

氏名	<input type="checkbox"/> （申請者と同じ）	生年月日	<input type="checkbox"/> （申請者と同じ）
住所	<input type="checkbox"/> （申請者と同じ） 〒		大・昭 年 月 日
予防接種を受けた日 （1回目）	令和 年 月 日	ワクチン Lot.No （1回目）	
予防接種を受けた日 （2回目）	令和 年 月 日	ワクチン Lot.No （2回目）	

◆ 振込先・請求金額（口座名義人が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。）

請求金額	金 円	・自己負担額を除く ・上限額あり	
振込先 口座情報	銀行	支店	普通・当座
	口座番号	口座名義人（カタカナ）	

【以下は記載しないでください。】

予防接種の種類	带状疱疹		(受付印)	
確認欄	依頼書の発行 健推予第 号	接種券の発行 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日発行)		
	添付書類		本人確認書類	
	<input type="checkbox"/> 領収書（ワクチン名記載のもの） <input type="checkbox"/> 通帳又は キャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> 接種者又は申請者の 本人確認書類		(いずれか一点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証	
			受付者	
		受付方法	窓口・郵送	