

記入例

寝屋川市高齢者带状疱疹ワクチン予防接種 報告書兼助成金交付請求書

带状疱疹

令和 年 月 日

寝屋川市 申請者 氏名 続柄 住所 電話番号 申請書 第 13 条第 1 項の規定により、次のとおり申請及び請求する。

注意

申請者が
**被接種者以外の場合は
委任状が必要です。**

請求書を届出する方（窓口に来られる方）の氏名（法人名）、被接種者との続柄、住所、生年月日、電話番号をご記入ください。

氏名	フリガナ	続柄	
住所	〒	電話	

予防接種を受けた方の氏名、住所、生年月日をご記入ください。
※申請者と同じ場合は(申請者と同じ)にチェックしてください。

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

予防接種を受けた日にちと、ワクチンのロットナンバーをご記入ください。(ロットナンバーは接種時に記入した予診票又は接種済証から確認できます。)

空白にしてください。

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	銀行	支店
口座情報	口座番号	口座名義人 (カタカナ)

注意

口座名義人が
**被接種者以外の場合は
委任状が必要です。**

振り込みを希望される
・金融機関名・支店名・預金の種類
・口座番号・口座名義人 (フリガナ) を正しくご記入ください。

確認欄	<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	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
-----	---	---	-------------------

空白にしてください。

記入例

委任状

注意

申請書の申請者欄が予防接種を受けた方以外の場合、記入してください。

記入日を書いてください。

令和 ●●年 ●●月 ●●日

◆申請に係る委任

受けた予防接種に してください。

私は、寝屋川市

- 成人用肺炎球菌 高齢者带状疱疹
- 高齢者インフルエンザワクチン
- 高齢者新型コロナウイルスワクチン

予防接種報告書兼助成金交付請求書の

申請に係る全ての権限を、下記の者に委任します。

窓口に来られる方又は郵送する方（申請者）の氏名・住所をご記入ください。

受任者（申請者）

寝屋川 太郎

氏名：

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号

住所：

予防接種を受けた方が署名してください。

委任者（被接種者）

寝屋川 花子

注意

申請書の口座名義人欄が予防接種を受けた方以外の場合、記入してください。

△△町△△番△△号

◆受領に係る委任 ※振込先が被接種者

受けた予防接種に してください。

私は、寝屋川市

- 成人用肺炎球菌 高齢者带状疱疹
- 高齢者インフルエンザワクチン
- 高齢者新型コロナウイルスワクチン

予防接種報告書兼助成金交付請求書に

係る補助金の受領を、下記の者に委任します。

口座名義人の氏名・住所をご記入ください。

受任者（口座名義人）

寝屋川 太郎

氏名：

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号

住所：

予防接種を受けた方が署名してください。

委任者（被接種者）

寝屋川 花子

氏名：

寝屋川市△△町△△番△△号

住所：