

様式第 1 号（第 5 条関係）

朝霞市带状疱疹任意予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

朝 霞 市 長 宛

申請者 住 所
氏 名
電 話 ()

朝霞市带状疱疹任意予防接種費補助金交付要綱第 8 条に基づき、必要書類を添え助成金の交付を申請します。

記

申請金額 金 4, 0 0 0 円

フリガナ	
被接種者名	
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
接種年月日	年 月 日

※接種日現在、満 5 0 歳以上で朝霞市に住民登録を有している方が対象です。
(振込先金融機関)

振込先口座	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協								本店 支店 支所
	貯金種別・口座番号	普通・当座								
	口座名義人 (フリガナ)									

申請に必要な書類

- ①領収書（接種医療機関名、予防接種名、接種日が明記された領収書又はレシート）
- ②接種済み予診票の控え
- ③本人確認できる書類
- ④振込先金融機関の名称、口座名義、口座番号及び支店名が分かるものの写し

ご注意

※申請者以外の口座に振込みを希望する場合は、委任状が必要になります。