

様式第 1 (第 4 条関係)

岩倉市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

岩倉市帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

申請額	金 円						
(振込先) 金融機関	銀行 信用金庫 支店 農協						
口座種別	普通 当座						
口座番号							
(フリガナ)							
口座名義人							

(注) 口座名義人は、申請者としてください。

同意書

岩倉市帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱第 2 条第 1 項に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

添付書類

- 1 予防接種済証その他予防接種を受けたことが確認できる書類の写し
- 2 予防接種に係る接種医療機関発行の領収書