様式第４号（第８条関係）

　　年　　月　　日

倉吉市帯状疱疹予防接種費用助成金請求書

（宛先）

倉吉市長

次のとおり帯状疱疹予防接種を受けましたので、倉吉市帯状疱疹予防接種費用助成金を請求します。また、助成金の交付決定に当たり、住民登録、世帯の課税状況を調査されることに同意します。

住所

請求者 氏名

予防接種を受けた者との続柄（　　　　　　）

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １回目 | 予防接種実施日 | | 年　　月　　日 | 予防接種実施医療機関等名称 | ※　助成金額 |
| 支払い金額 | | 円 |  | 円 |
| ２回目 | 予防接種実施日 | | 年　　月　　日 | 予防接種実施医療機関等名称 | ※　助成金額 |
| 支払い金額 | | 円 |  | 円 |
| 予防接種を受けた者 | | ふりがな | |  | |
| 氏　　名 | |  | |
| 住　　所  （請求者と異なる場合記入） | |  | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（　　）歳 | |
| 区分  （該当する欄に○をしてください。） | | 助成券の使用の有無 | | 使用した　・　使用していない | |
| １　生活保護世帯に属している方  ２　市町村民税非課税世帯に属している方  ３　委託（協力）医療機関等以外の医療機関等で予防接種を受けた方 | | | |

備考　添付書類

(１)　医療機関等が発行する領収証書又はその写し

|  |
| --- |
| 担当者  確認印 |
|  |

(２)　予防接種を受けた方が市町村民税非課税世帯に属する者であることを証明する書類（市町村民税非課税世帯に属する者に該当するときに限ります。）。市が、市町村民税非課税世帯であることを確認できる場合は、省略することができます。

(３)　帯状疱疹予防接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類の写し

（宛先）

会計管理者

助成金を、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・その他（　　　　） | (ふりがな)  口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |