

第2号様式（第5条関係）

中野区带状疱疹任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

中野区長 宛て

带状疱疹任意予防接種費用について、次のとおり助成を申請します。

1 申請者

住 所			
氏 名		電話番号	()

2 助成対象者

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日 (満 歳)
任意予防接種の 種別及び接種日	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（ビケン） <input type="checkbox"/> 接種年月日 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（シングリックス） <input type="checkbox"/> 1回目 接種年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 接種年月日 年 月 日		

3 振込先口座（※申請者と異なる口座名義人への振り込みは裏面委任状が必要です。）

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店		
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

4 申請額

円

助成上限額（1回につき） 乾燥弱毒生水痘ワクチン 4,000円
乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000円

5 添付書類

- 接種記録の分かる領収書（原本）
- 予診票などの接種記録（写し）
- 本人確認書類の写し（例：運転免許証、保険証等）

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記に記入・押印をお願いします。

※ 委 任 状

年 月 日

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、带状疱疹任意予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者

住所

氏名

委任者（申請者）

氏名

印