

帯状疱疹ワクチン接種費用助成請求書

芦屋市長 宛

年 月 日

帯状疱疹ワクチンを接種しましたので、必要書類を添付し接種費用の一部助成を請求します。

【請求者（被接種者）】

①請求者氏名 (被接種者本人)		年齢	歳
電話番号		生年 月日	年 月 日 生
メールアドレス※	@		
住 所			
接種 状況	接種ワクチン	水痘ワクチン（ビケン）・ 帯状疱疹ワクチン（シングリックス）※該当に○	
	接種日	年 月 日	
	請求額	円 ※上限4,000円	
	接種医療機関名		
	接種医療機関住所		

※メールアドレスの記載がない場合、請求者氏名欄に押印が必要です。

【口座情報】

振込先口座	銀行 信 金 ()	支 店 出張所 ()
	金融機関コード ()	支店番号 ()
フリガナ	口座番号	
②口座名義※	普通 当座 No	

※①請求者と②口座名義が異なる場合は、下記の委任状への記入が必要です。

委 任 状

私は芦屋市から受ける帯状疱疹ワクチン接種費用助成金の受領に係る一切について、下記の者に委任します。

委任者（請求者）氏名	Ⓜ
受任者（口座名義人）氏名	
受任者（口座名義人）住所	

市記入欄	必要 書類	<input type="checkbox"/> 芦屋市民であること及び年齢が確認できる書類
		<input type="checkbox"/> 医療機関で当該予防接種を受けたことが確認できる領収書
		<input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類
	処理日	処理担当者
償還決定額		