第３号様式（第６条関係）

年　　月　　日

帯状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

清須市長　様

申請者　住所

氏名

清須市帯状疱疹予防接種費助成金の交付について、清須市帯状疱疹予防接種費助成に関する要綱第６条第３項の規定により、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">助成対象者</td><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">接 種 状 況</td><td>実施年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申　請　額</td><td colspan="5">円</td></tr>
<tr><td>添 付 書 類</td><td colspan="5">⑴　助成対象者が予防接種を受けたことを証明する書類
⑵　予防接種に係る費用を支払ったことを証明する書類</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振　込　先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>支　店　名</td><td></td></tr>
<tr><td>口 座 種 別</td><td colspan="2">普通・当座</td><td>口 座 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>口 座 名 義</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

助成金交付 決　定　額	この欄は、記入しないでください。 円