別記様式（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

箱根町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

箱根町長　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（兼請求者） |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 箱根町 |
| 電話番号 |  |

　箱根町帯状疱疹予防接種費用助成要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者氏名 |  |
| 被接種者住所 | 箱根町 |
| 被接種者生年月日及び年齢 | 昭和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |
| 接種日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 助成金請求額 |  |
| 接種医療機関名 |  |

上記助成金については、次の金融機関へ口座振込にて支払われるよう請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 銀行　　信用金庫農協　　 | 普通・当座 | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 本店　　支店　　 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
|  | 店番号 |  |

添付資料：領収書、通帳の写し

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 上記助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 |
| 受任者（口座名義人）住所氏名 | 委任者（申請者）氏名　　　　　　　　　　　　　印 |