

別記様式（第6条関係）

年 月 日

箱根町帯状疱疹予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

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	年 月 日
助成金請求額	
接種医療機関の名称	

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）	委任者（申請者）
	住所	
	氏名	氏名