

藤枝市長

申請者 (※18歳以上は被接種者氏名)

住所	〒426-8722 藤枝市 岡出山1-11-1
氏名	藤枝 太郎
電話番号	054-643-3111

藤枝市法定外予防接種助成金交付申請書 (償還払い)

藤枝市法定外予防接種費助成金を交付くださるよう、藤枝市法定外予防接種助成金交付要綱9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

1 被接種者が受けた予防接種

予防接種名	申請額	申請回数	接種年月日	対象者
高齢者肺炎球菌ワクチン	3,000円	回目	年 月 日	過去に助成を受けたことがあり、65歳以上 (定期予防接種含む)
風しんワクチン	4,000円	回目	年 月 日	妊娠を希望する女性とそのパートナーなどで、風しん抗体価の低い
麻しん風しん混合ワクチン	5,000円	回目	年 月 日	
带状疱疹ワクチン	3,000円	1回	R6年4月1日 R6年6月1日	
おたふくかぜワクチン	3,000円	回目	年 月 日	
男子HPVワクチン	8,000円	回目	年 月 日	

申請者名と被接種者名は、18歳以上の場合は原則同じ方を記入してください。
 ※異なる方を記入する場合は、委任状の記入が必要になります。

2 被接種者

被接種者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ・	生年月日	昭和48年1月1日 (51歳)
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ・〒 藤枝市		
振込先	金融機関名	静岡 銀行・信用金庫・農協 藤枝 支店	種類 普通 当座
	口座名義人 (カタカナ)	フジエダ タロウ	口座番号 1234567
風しん又は麻しん風しん混合ワクチンを接種した人	風しん抗体検査結果	検査実施日	年 月 日 ※抗体価が基準値より (低い・高い)
	パートナー等の場合に記入	女性の氏名	(生年月日 年 月)

口座名義人が申請者と異なる場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

私は助成金の受領を下記の代理人に委任します。

[申請者]

氏名

印

[代理人]

住所

氏名

印

(申請者との続柄:)