

令和 年 月 日

北杜市長 様

B類疾病予防接種費用助成申請書兼請求書

B類疾病予防接種費用について助成を受けたいので、北杜市予防接種事業実施要綱第8条第3項の規定により申請します。

ふりがな		生 年 月 日
申請者氏名	①	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
受託医療機関で 接種できない理由	①施設入所中 (施設名: ) ②入院中 (医療機関名: ) ③その他 市長が特に認める者 ( )	
住所及び連絡先	北杜市 電話 ( )	
医療機関等の名称		
予防接種の種類 (どちらかに○)	1 インフルエンザ                      2 高齢者用肺炎球菌	
※ 助 成 額	円 ※	

※印の欄は記入しないでください。

【助成金振込口座】

金融機関	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 支所 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

【添付書類】

- 1 予防接種済証
- 2 領収書の写し
- 3 振込金融機関口座が確認できる通帳の写し

【個人情報の取り扱いについて】

情報は北杜市個人情報保護条例に基づき、適正に取り扱い目的外に使用することはありません。

注) 申請者と振込口座の名義人が異なる場合には、委任状の記載が必要です。

委任状

令和 年 月 日

北杜市長 様

委任者  
(被接種者) 住所  
氏名

印

私は北杜市から支払いを受けるB類疾病(インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌)予防接種費用の助成金受領に関する権限を、以下の者に委任します。

受任者  
(口座人名義) 住所  
氏名

印