

令和 年 月 日

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	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 3 帯状疱疹	
※ 助 成 額	円 ※	

※印の欄は記入しないでください。

金 融 機 関	銀行 組合	金庫 農協	本店 支所	支店 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座		口座番号	
フリガナ				
口座名義人				

- 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

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・帯状疱疹)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