

令和 年 月 日

古河市長 宛て

申請（請求）者（住所） 〒 -

古河市

（氏名） (印)

※自署又は記名押印

（生年月日） 西暦 年 月 日

（電話番号）

带状疱疹定期予防接種助成金交付申請書兼請求書

古河市带状疱疹定期予防接種実施要綱第9条第2項の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。なお、古河市が次の金融機関の口座に助成金を振り込んだときは受領したものと認めます。

1 申請（請求）額 円

2 接種区分

- ☐ 生活保護世帯以外の接種対象者
- ☐ 生活保護世帯の接種対象者

3 添付書類

- （1）医療機関が発行した領収書
（接種した带状疱疹ワクチン名及び接種者氏名が記載されたもの）
- （2）予診票又は接種済証等の接種記録が分かるものの写し
- （3）その他市長が必要と認める書類

4 振込先

金融機関名		支店名		分類	口座番号 ※右詰めでお書きください	口座名義（カタカナ） ※通帳の表記のとおりお書きください
	1 銀行 5 農協 2 金庫 6 漁協 3 信組 7 信連 4 信連		本・支店 本・支所 出張所	普通		
金融機関番号		店番号		当座		

ゆうちょ銀行	通帳記号 6桁目がある場合は※欄にご記入ください	通帳番号 ※右詰めでお書きください	口座名義（カタカナ） ※通帳の表記のとおりお書きください
ゆうちょ銀行を選択した場合は、預金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入ください。	※		