

【新型コロナウイルス 表面記入例】

様式第1号（第5条関係）

瑞穂町B類疾病定期予防接種費用助成金の償還払交付申請書兼請求書

瑞穂町長 あて

申請日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

瑞穂町B類疾病定期予防接種費用助成金の償還払に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

申請者

フリガナ	○○○○ ○○○	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
被接種者氏名	○○ ○○ ⑤		
住 所	〒 ○○○—○○○○ 瑞穂町	医療機関で支払った額を記入	
ワクチンの種類	接種日	支払額	申請額（請求額）
肺炎球菌感染症 (高齢者がかかるものに限る。)	年 月 日	円	円
インフルエンザ	年 月 日	円	円
新型コロナウイルス感染症	令和8年 10月 1日	15,500円	7,387円
带状疱疹ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン)		支払額から7,500円を差引いた金額を記入 ※上限額：8,113円 (生活保護受給者、中国残留邦人支援給付受給者本人及び配偶者の場合は、15,613円)	
带状疱疹ワクチン (乾燥組換え带状疱疹ワクチン)	2回目 年 月 日	円	円
			合計 7,387円

私が受領する助成金の交付について、次の指定口座への振込みを依頼します。

振込先	金融機関	○○	銀行・信用金庫 農協・信用組合	○○	本・支店
	預金種目	普通・ 当座	口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
	口座名義人	フリガナ	○○○○ ○○○	○○ ○○	

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

【委任状】

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

申請者氏名（自署）

裏面も記入してください。