

# 申請書 記入例

様式第1号 (第4条関係)

志賀町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 ○年 ○月 ○日

志賀町長 様

接種から1年以内に申請してください。

町高浜町カ1-1  
太郎

(申請者が本人以外の場合、続柄 )

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

標記助成金の交付を受けたいので、志賀町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)と併せて提出し、第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

日中連絡がつく番号を記載して下さい。

フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者		生年	昭和○年 ○月 ○日
被接種者氏名	と同じ		月日	( ○歳)
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	〒志賀町 (電話番号 )		
	と同じ			
ワクチンの種類		接種日	接種費用	上限額
乾燥弱毒生水痘ワクチン		年 月 日	円	3,000円
乾燥組換え帯状疱疹 ワクチン	1回目	○年 ○月 ○日	****円	6,000円
	2回目	○年 ○月 ○日	****円	6,000円
申請額 (請求額)			12,000円	
振込先 (申請者同一)	金融機関名	接種費用が上限額未満の場合は、請求額に接種費用を記載してください。本店・支店出張所		
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	フリガナ	シカ タロウ		
	口座名義人	志賀 太郎 ○○○○		

どちらかを選択して記載してください

## ※必要書類

- 1 接種日及び接種したワクチンの種類が確認できる書類
- 2 予防接種に要した費用の支払いを証する書類
- 3 振込口座が確認できる書類 (通帳またはキャッシュカードの写し)
- 4 公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書 (別紙)

別紙

赤枠の中をご記入ください。

公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書



志賀町長 様

令和 ○年 ○月 ○日		
申請者 住 所	志賀町高浜町カ1-1	
氏 名	志賀 太郎	

年度志賀町带状疱疹予防接種費用助成金交付の審査に当たり、下記のとおり志賀町が私又は私世帯の公簿等を閲覧し、調査することに同意します。

記

閲覧及び調査する公簿

- (1) 住民基本台帳
- (2) 町税等の納付状況
- (3) 診療明細等の閲覧
- (4) 他制度における同種の費用の助成状況

※以下、税務課、住民課、健康福祉課 使用欄

項目	該当するものに○		調査日	調査課名	調査担当者	課長印
	滞納	分割納付				
町民税	有・無	有・無		税務課		
固定資産税	有・無	有・無				
軽自動車税	有・無	有・無				
国民健康保険税	有・無	有・無				
介護保険料	有・無	有・無		健康福祉課		
後期高齢者医療保険料	有・無	有・無		住民課		