

大村市長 様

申請者 住 所 _____
 (被接種者) フリガナ _____
 氏 名 _____ 印
 生年月日 _____ 年 月 日
 電 話 _____ () _____

大村市帯状疱疹に係る任意接種費償還払申請書兼請求書

任意接種費の償還払を受けたいので、大村市帯状疱疹に係る任意接種費の償還払に関する要綱第3条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。なお、交付決定後、下記の申請金額を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。また、申請に当たり、以下の事項に同意します。

【同意事項】

- ・大村市長が必要と認める場合、申請に係る住民基本台帳及び医療機関における情報について調査を行うこと。
- ・申請内容に虚偽又は相違があり交付要件に該当しないことが判明した場合、交付済みの費用を返還すること。

1 回 目	任意接種を受けた 医療機関の名称		任意接種を受けた 医療機関の所在地	
	接種年月日	年 月 日	申請金額	円
2 回 目	任意接種を受けた 医療機関の名称	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ	任意接種を受けた 医療機関の所在地	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ
	接種年月日	年 月 日	申請金額	円

私が受領する任意接種費について、下記指定口座への振込みを依頼します。

振込金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

- ※ 口座名義は、通帳に記載されているとおりに記入してください。また、口座番号は右詰めで記入してください。
- ※ 申請者と振込先口座の名義人が異なる場合は、委任状を提出してください。