

年 月 日

北杜市長

様

B類疾病予防接種費用助成申請書兼請求書

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。

記

ふりがな		生 年 月 日
申請者氏名	⑩	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 (いずれかに○)	1 高齢者インフルエンザ 2 高齢者用肺炎球菌 3 新型コロナウイルス 4 带状疱疹生ワクチン 5 带状疱疹組換えワクチン	
予防接種に要した費用	円	
※ 助 成 額	円	

※印の欄は記入しないでください。

【助成金振込口座】

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

【添付書類】

- 1 予防接種済証
- 2 領収書(原本)
- 3 振込金融機関口座が確認できる通帳の写し

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報は個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)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。

委 任 状

令和 年 月 日

北杜市長 様

委任者 住所
(被接種者) 氏名

㊞

私は、北杜市から支払いを受けるB類疾病(高齢者インフルエンザ、新型コロナウイルス、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 住所
(口座名義人) 氏名

㊞

北杜市長様

記入例

令和●年●月●日

B類疾病予防接種費用助成申請書兼請求書

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。

記

ふりがな	ほくと はなこ	生 年 月 日
申請者氏名	北杜 花子	●●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： ●●病院 ） ③その他 市長が特に認める者（ ）	
住所及び連絡先	北杜市須玉町●●番地 電話 ●●●●（●●）●●●●	
医療機関等の名称	●●病院	
予防接種の種類（いずれかに○）	1 高齢者インフルエンザ 2 高齢者用肺炎球菌 3 新型コロナウイルス 4 带状疱疹生ワクチン 5 带状疱疹組換えワクチン	
予防接種に要した費用	●●, ●●●●円 ←領収書の金額を記入	
※ 助 成 額	円	

※印の欄は記入しないでください。

【助成金振込口座】

金 融 機 関	●● 銀行 金庫 組合 農協	●● 本店 支店 支所 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
フ リ ガ ナ	ホクト ハナコ	
口座名義人	北杜 花子	

【添付書類】

- 1 予防接種済証
- 2 領収書(原本)
- 3 振込金融機関口座が確認できる通帳の写し

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報は個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)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。

委 任 状

令和●●年●●月●●日

北杜市長 様

委任者	住所	北杜市須玉町●●番地
(被接種者)	氏名	北杜 花子 ㊞

私は、北杜市から支払いを受けるB類疾病(高齢者インフルエンザ、新型コロナウイルス、高齢者用肺炎球菌、带状疱疹)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	住所	北杜市須玉町●●番地
(口座名義人)	氏名	北杜 花子 ㊞