

三条市民→医療機関→三条市

三条市带状疱疹予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状

(宛先) 三条市長

带状疱疹予防接種費用助成の請求及び受領を
下記の医療機関に委任します。

ワクチン Lot No

生ワクチン

不活化
ワクチン
1回目

不活化
ワクチン
2回目

【同意書】 带状疱疹予防接種費用の助成を受けるに当たり、本書が三条市に提出されることに同意します。

令和

●年●月●日

自署

三条 一郎

住 所

三条市

***町*丁目*番*号

電話番号

-***

フリガナ
接種者氏名

サンジョウ イチロウ
三条 一郎

生年月日

昭和 ●年 ●月 ●日
(50 歳)

上記の者に予防接種を行い、接種に係る費用について助成額を差し引いた額を受領しました。

令和

●年●月●日

医療機関住所

三条市△△△丁目△番△号

医療機関名

三条健康医院

接種医師名

院長 健康 太郎

点線内は被接種者が記入

【留意事項】

- ・接種費用助成を申請する場合は、この用紙を接種を受ける医療機関に提出ください。
- ・接種を受ける方が接種日に三条市に住所がない場合は、助成を受けることはできません。
- ・接種を受ける方が助成対象外であることが確認された場合は、助成金を返納していただきます。