

# 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。

〒高浜町カ1-1

氏名 志賀 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)の第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		
	と同じ	(電話番号 )		
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 (申請者と同一)	金融機関名	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。

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。

## ※必要書類

- 医療機関が発行した領収書  
(被接種者氏名、接種年月日、ワクチンの種類が記載されているもの)
- 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)
- 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	

令和 ○年度志賀町带状疱疹予防接種費用助成金交付の審査にあたり、下記のとおり志賀町が私若しく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		