

様式第2号（第7条関係）

熊谷市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

熊谷市長 氏 _____ 名 宛 記入日 年 月 日

带状疱疹予防接種費用助成金を申請いたします。なお、この申請に基づく助成決定に当たり、住民登録状況について閲覧し、又は調査すること若しくは医療機関等に問い合わせることに同意します。この申請書は、熊谷市において助成を決定した後は、請求書として取り扱うことに同意します。この助成金は、申請者名義の下記口座へ振り込んでください。ただし、代理人が受領する場合は、代理人欄に委任した代理人名義の口座へ振り込んでください。

【申請者欄】（任意接種を受けた方）

※電話番号は日中連絡が取れる電話番号をお願いします。

フリガナ			生 年 月 日	接種日の年齢
氏 名	Ⓜ		年 月 日	歳
※申請者本人が自署する場合は、押印を省略することができます。				
住 所	〒	電話番号	()	
接種ワクチン <small>※いずれかにチェック</small>	<input type="checkbox"/>	乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	：助成額	4,500円
	<input type="checkbox"/>	乾燥組換え带状疱疹ワクチン（組換えワクチン）	：助成額	12,000円/回
接 種 日	1回目： 年 月 日	2回目： 年 月 日	接種費用合計	円
接種医療機関名				
申請（請求）額	金		円	

*助成額より、接種費用が少ない場合は、接種費用をお書きください。

振 込 先	金融機関	銀行・金庫 農協・信組			本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)		
	フリガナ				
	口座名義人				
※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記【代理人欄】も記入してください。					
	金融機関コード		支店コード		

【代理人欄】

代 理 人	(フリガナ)	生年月日	住 所	
	(氏名) 様	・	電話	()
上記の者を代理人と認め、助成金の{ 受領 }を委任します。 (申請者氏名) Ⓜ				申請者からみた 代理人の続柄
※振込先口座の名義が申請者と異なる場合、申請者本人が自署する、又は記名押印してください。				

◆添付書類等は＜裏面参照＞

◆添付書類

被接種者氏名、ワクチンの種類、接種年月日及び接種費用を確認できる領収書（原本）

本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証など）

振込先金融機関の口座名義、口座番号が分かる通帳等の写し

振込先口座が申請者と異なる場合は、代理人の本人確認書類

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

◆申請期限

接種日から起算して1年を経過する日または令和8年3月31日（火）のいずれか早い日まで

◆申請方法

申請書及び上記添付書類を健康づくり課まで持参又は郵送

◆郵送先・お問い合わせ

熊谷市市民部健康づくり課 健康企画係

〒360-0014 熊谷市箱田一丁目2番39号（熊谷保健センター2階）

電話 048-528-0601