

# 周南市帯状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 周南市長

(申請及び請求者) 医療機関  
所在地  
法人名  
医療機関名  
代表者名  
(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の発行責任者及び担当者欄の記載が必要です。

申請及び請求金額

円

(内訳明細)

予防接種種別	1件あたりの助成額(円)	件数	申請及び請求金額(円)
生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン)	4,000		
不活化ワクチン(乾燥組換え帯状疱疹ワクチン)	10,000		
計			

\_\_\_\_\_ 月実施分について、上記のとおり交付申請及び請求します。

(添付書類)

周南市帯状疱疹予防接種費助成金交付申請等に係る委任状

(注意)

- ・請求内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。  
(砂消ゴムや修正液等で修正しないでください)
- ・金額の訂正はできませんので再作成してください。
- ・貴院が記入した件数と市が確認した件数が異なった場合、訂正した内容を記入してお送りしますので、再度ご提出ください

発行責任者及び担当者 ※発行責任者と担当者が同一の場合は、発行責任者名欄のみの記載で構いません。

発行責任者名 :

連絡先 :

担当者名 :

連絡先 :

R6.6