

4 誓約・同意事項 ※該当する項目に✓を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、町長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに帯状疱疹ワクチン接種を受けたことがありますか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回（ ）
本申請分の帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成金について、他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、交付済の助成金を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- ・接種費用の支払を証明する領収書及び明細書、支払証明書等（原本）
- ・接種記録が確認できる予防接種済証又は接種済の記載がある予診票等（写し可）
- ・被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※マイナンバーカード、運転免許証などいずれかひとつ
- ・振込先金融機関通帳の写し（振込先確認用）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の資料を求めることがあります。