

（宛先）新発田市長

申請者

住 所 .....

氏 名  
（自 署） .....

電話番号 .....

新発田市新型コロナワクチン健康被害救済制度国進達者見舞金支給申請書兼請求書

新発田市新型コロナワクチン健康被害救済制度国進達者見舞金支給要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 支給対象者

ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (チェックした場合は右欄記載不要)	生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (チェックした場合は右欄記載不要)		

2 申請金額 金 20,000円

3 振込先口座

金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	支店名称	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業部 <input type="checkbox"/> 出張所
金融機関コード		支店コード	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

※ 申請者又は支給対象者の口座情報を記入してください。

4 同意欄（同意する場合は、に✓印を記入してください。）

別に申請している予防接種法第15条第1項の規定による給付の申請（予防接種健康被害救済申請）に係る書類を市が利用することに同意します。

【添付書類】

- 振込先口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し等）
- 委任状（申請者が予防接種健康被害救済申請の申請者と異なる場合、又は申請者と振込口座の名義の方が異なる場合に必要）