

令和5年4月1日

愛知県知事殿

医療費・医療手当請求書（国の予防接種健康被害救済制度）の申請者と同一の方が申請できます。

申請者

住所 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号  
氏名 愛知 太郎

愛知県新型コロナウイルスワクチン副反応等見舞金支給申請書兼請求書

愛知県新型コロナウイルスワクチン接種副反応等見舞金支給要綱第4条第1項に基づき、下記のとおり申請いたします。

医療費・医療手当請求書の氏名欄に記載された方（健康被害を受けた方）を記載してください。申請者と支給対象者が同一の場合は、記載不要。その場合は、□にレ点を入れてください。□をクリックするとレ点が自動で入ります。

1 支給対象者情報

ふりがな 支給対象者	愛知 太郎		生年月日	昭和〇年〇月〇日	
住所	愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号		連絡先	052-954-6272	
医療費・医療 手当請求書	請求先市町村	(医療費・医療手当請求書の「請求先市町村名」を記載)			
	請求年月日	(医療費・医療手当請求書の「請求年月日」を記載)			

2 申請金額

金 円 (一円未満の端数は切り捨てとなります。)

医療費・医療手当請求書の予防接種医療費の2分の1の額を記載してください。(一円未満の端数切り捨て)

3 振込先口座

申請者又は支給対象者の口座情報を記載してください。

金融機関コード・名称	1	1	1	1	愛知	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫	名称	1	1	1	三の丸	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業部 <input type="checkbox"/> 出張所
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>					口座番号	1	1	1	1	1	1
口座名義	愛知 太郎					フリガナ	アイチ タロウ					

※ 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、□にレ点を入れてください。)

上記愛知県新型コロナウイルスワクチン副反応等見舞金支給申請書兼請求書の記入項目について、相違がありません。また、別に申請している予防接種健康被害救済制度による救済申請書類を県が利用することに同意します。

記入項目に相違が無ければ、□にレ点を入れてください。□をクリックするとレ点が自動で入ります。

【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制度の申請者と異なる場合)