

様式第1号 (第4条関係)

日之影町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

日之影町長 様

申請者〔住所〕日之影町
〔氏名〕 ⑩
〔被接種者との続柄〕 ()
〔電話番号〕

次のとおり予防接種を受けたので、助成金の交付を申請（請求）します。

被接種者の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	住所 日之影町		
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(ふりがな)		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	氏名		
生年月日	生年月日： 年 月 日 (歳)			
接種医療機関名				
申請金額	円			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (乾燥組換え带状疱疹ワクチン)		<input type="checkbox"/> 生ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン)	
回数	接種年月日	接種費用額 (円)	助成額 (円)	
1回目	年 月 日			
2回目	年 月 日			

※2回目は、不活化ワクチンのみ。

振込希望先

金融機関	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店 出張所
口座番号	普通	当座	
(フリガナ)			
口座名義人			

※接種医療機関発行の領収書及び接種済証等の接種を受けたことが確認できる書類を添付すること。ただし、領収書のみで予防接種を受けたことが確認できる場合は添付を不要とする。