

紀宝町帯状疱疹予防接種費助成金申請書兼請求書

年 月 日

紀宝町長 様

申請者〔住所〕紀宝町

〔氏名〕 ⑤

〔被接種者との続柄〕 ()

〔電話番号〕

紀宝町帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、紀宝町帯状疱疹予防接種費用助成事業要綱第5条の規定により申請(請求)します。

被接種者の住所 氏 名 生年月日	住 所 紀宝町	
	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日 : 年 月 日 (歳)	
予防接種を受けた 医療機関名		
予防接種を受けた 年月日	年 月 日	
予防接種金額	円	
※補助金額 (請求額)	円 帯状疱疹予防接種に要した費用(100円未満切捨て)の 生ワクチン 4,000円、不活化ワクチン10,000円を上限とします。	
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店・支店 金庫・農協 出張所
	普通 当座	(ふりがな)
		口座名義人
	口座番号	
※申請受理年月日	年 月 日	

- 添付書類 1. 医療機関発行の領収書の写し
2. 予防接種済証(健康手帳の写し等)
※ は記載しないでください。