[様式第1号](http://ksv-www2.city.kumano.mie.jp/reiki/reiki_word/40821001042304011.doc) (第5条関係)

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〕

〔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 | 1 回 目 ：　　　　　　 年 月 日 | | |
| 予防接種を受けた年月日 | 2 回 目 ：　　　　　　 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  金庫・ 農協 | 本店・支店  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。