

神戸町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

神戸町長 様

申請者 住所 神戸町大字 _____

氏名 _____

次のとおり帯状疱疹予防接種費用助成要綱第4条に基づき、関係書類を添えて助成金の申請をします。※太枠内を記載ください。

接種対象者	ふりがな			性別									
	氏名			男 ・ 女									
	生年月日	年 月 日（ワクチン接種日年齢： 歳）											
	住所	〒503-23 安八郡神戸町大字		電話番号	-	-							
接種した医療機関名													
助成対象経費等	ワクチンの種類	乾燥弱毒生水痘ワクチン（1回接種） 製品名：ピケン（生ワクチン）		乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（2回接種） 製品名：シングリックス（不活化ワクチン）									
	接種日	年 月 日		1回目 年 月 日 2回目 年 月 日									
	支払金額	ア 円		エ 1回目 円 2回目 円									
	助成金額	イ（アのうち1回4,000円を限度） 円		オ（エのうち10,000円/回とし、2回接種で20,000円を限度） 円									
振込先指定口座	金融機関	銀行 農協 金庫 組合			本店 支店 出張所								
		普通当座	ふりがな										
		口座名義人 （申請者の名義）											
	口座番号					(右詰記入)							
	ゆうちょ銀行 (記号一番号)			-									

(添付書類)

1. 帯状疱疹予防接種費用に係る領収証（原本）
2. 予診票または予防接種済み証の写し等
3. 振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し