

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: ビケン (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			
	口座番号	口座名義人 (申請者の名義)				(右詰記入)
	ゆうちょ銀行 (記号-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