

様式第1号（第5条関係）

大郷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

大郷町長 殿

申請者 住所： _____

氏 名： _____ 印

(電話番号： _____)

大郷町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

接 種 ワ ク チ ン		<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）							
1 回 目	接 種 日	年 月 日							
	接 種 費 用	円							
	助 成 申 請 額 (A)	円 ※上限額 生ワクチン：4,000円 不活化ワクチン：10,000円							
2 回 目 (不活化 ワクチン のみ)	接 種 日	年 月 日							
	接 種 費 用	円							
	助 成 申 請 額 (B)	円 ※上限額 不活化ワクチン：10,000円							
助 成 申 請 額 合 計 (A+B)		円							
振 込 先	(フリガナ) 口座名義人	()							
	金 融 機 関 名	銀行	信金					本店	
		農協	信組					支店	
		労金					出張所		
	口座種別・番号	普通 当座							

※添付資料

- 1 帯状疱疹予防接種であることが明記された医療機関等発行の領収書等
- 2 希望する振込先口座の通帳の写し