

大蔵村帯状疱疹予防接種費用助成金申請書

年 月 日

(あて先)

大蔵村長

住 所 〒
大蔵村大字

申請者 氏 名

(自署又は記名押印)

電話番号

帯状疱疹予防接種を受けましたので、大蔵村帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

接種した者	住 所	〒 大蔵村大字		
	(フリガナ)		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
接種状況	予 防 接 種 名 (○で囲む)	(1) 生ワクチン (2) 不活化ワクチン		
	接種医療機関		
	接 種 日	1回目	年 月 日	
2回目		年 月 日		
申 請 額		円		
		※上記(1)を接種した場合は、1回3,500円が上限。 上記(2)を接種した場合は、1回10,000円で2回(合計20,000円)が上限。		
振込先	金融機関名		本支店名
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号
	(フリガナ)		
	口座名義		

【添付書類】

- ・ 医療機関発行の領収書及び診療明細書、その他の接種した予防接種の種類を証明する書類
- ・ 申請者名義の預金通帳の写し(口座名義が確認できるもの)