

様式第1号（第4条関係）

度会町带状疱疹ワクチン接種費助成金交付申請書

年 月 日

度会町長 あて

請求者 住所 度会町

氏名 ⑩

電話番号

下記のとおり、带状疱疹の予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、領収書を添えて申請します。

1 請求額 円

2 被接種者名及請求内訳

(フリガナ) 被接種者名	生年月日	被接種日	接種金額	ワクチンの 種別	接種医療 機関名	助成額
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		円
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		円
				助成金額合計		円

【振込口座】

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通預金 NO. _____	
フリガナ		
口座名義		

※ 金融機関名は、該当箇所に○をつけて下さい。

※ 必ず申請者名義の口座を記入してください。

【添付書類】

带状疱疹ワクチン接種に係る領収書の原本

(被接種者名、接種日、金額、ワクチン種別が明記されたもの)