

様式第3号(第7条関係)

本山町帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

本山町長 様

郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

帯状疱疹任意予防接種費用に係る助成金の交付を受けたいので、本山町帯状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条第2項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請(請求)します。

予防接種を受けた者	氏 名	接 種 日	接種費用	自己負担額	助成申請額※
	生年月日				
	年 月 日	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円	円
	生活保護受給	□ あり ・ □ なし			
助成金申請(請求)額		(金額合計) 円			
振込先	金融機関名	銀 行			本 店
		信用金庫			支 所
		農 協			支 店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人 (カタカナ)				

※助成申請額は、接種費用から自己負担額を除いた額となります。ただし、生活保護受給者は全額助成となります。

- 添付書類 (1) 予防接種を受けた者の氏名が記載された領収書
 (2) 接種事実を確認できる書類(予防接種名・接種日が分かるもの)
 ※上記の領収書により接種が確認できる場合は省略可