

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	自己負担額	助成上限額	助成申請額※	
	生年月日					
		年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	年 月 日	円	円	円	
	生活保護受給	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 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
	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、自己負担額を2分の1した額と助成上限額を比較し、いずれか少ない方の額となります。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