

別記様式(第4条関係)

带状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宛先 川根本町長

申請者	住 所	川根本町
	氏 名	
	電話番号	(        —        )

次のとおり带状疱疹ワクチンの予防接種を実施したので、川根本町带状疱疹ワクチン接種助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

接種を受けた者の住所	川根本町		
接種を受けた者の氏名		年齢	満 歳
接 種 日	年 月 日		
接 種 医 療 機 関 名			
申 請 額	円		

振込先金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協					本 店 支 店 支 所 出張所
口 座 番 号	普通 ・ 当座					
フリガナ						
口座名義人						

※ 接種医療機関が発行する接種費用の領収書（「接種者名」及び「ワクチン名」が明記されているもの）及び予防接種済証の写しを添付してください。

発行責任者及び事務担当者

- ・発行責任者：                                  連絡先：                                  -        -
- ・事務担当者：                                 連絡先：                                 -        -

※ 発行責任者及び事務担当者の氏名はフルネームを記入してください。また、連絡先は日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

【町確認欄】

助成対象区分	50歳以上の者	助 成 額	円
助成該当区分	全額 ・ 一部	全額助成該当事由	生活保護受給者
添 付 書 類	領収書 ・ 予防接種済証の写し		