別記様式(第４条関係)

帯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 | (　　　―　　　　　) |

　次のとおり帯状疱疹ワクチンの予防接種を実施したので、川根本町帯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 | | | |