

様式第1号（第6条関係）

大衡村帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大衡村長 殿

申請者 住所：大衡村 _____
 氏名： _____ 印
 （電話番号： _____）

大衡村帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

接種ワクチン		<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）						
1回目	接種日	年 月 日						
	接種費用 (A)	円	他での助成金額 (B)				円	
	助成申請額 (A)-(B)=(C)※	円 ※上限額 生ワクチン：4,000円 不活化ワクチン：10,000円						
2回目 (不活化 ワクチン のみ)	接種日	年 月 日						
	接種費用 (D)	円	他での助成金額 (E)				円	
	助成申請額 (D)-(E)=(F)※	円 ※上限額 不活化ワクチン：10,000円						
助成申請額合計 (C+F)		円						
振込先	(フリガナ) 口座名義人	()						
	金融機関名	銀行 信金 農協 信組 労金				本店 支店 出張所		
	口座種別 ・口座番号	普通 当座						

※添付資料

- 1 帯状疱疹予防接種であることが明記された医療機関等発行の領収書
- 2 希望する振込先口座の通帳の写し
- 3 本人確認書類の写し