

年 月 日

吉野ヶ里町带状疱疹予防接種費助成申請書兼請求書

吉野ヶ里町長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

吉野ヶ里町带状疱疹予防接種実施要綱第7条の規定により、带状疱疹予防接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

この申請内容について、公簿と照合すること及び医療機関等へ確認することに同意します。

☐ 申請者と同じ ※申請者が対象者と同じ場合は、対象者欄は生年月日のみ記入

対象者	フリガナ		電話番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	申請者との続柄 ()		
	ワクチンの種類	接種医療機関	接種年月日	自己負担額
①			年 月 日	円
②			年 月 日	円
請求額				円

振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 本所・支所
預金の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

- ・ 添付書類
 - ①接種した医療機関等の領収書の原本
 - ②予診票の写し
 - ③その他町長が必要と認める書類
- ・ 助成金額
 - (生ワクチン) 1回につき4,000円
 - (不活化ワクチン) 1回につき10,000円
- ・ 申請期間
 - 接種を受けた日から1年以内