

日高川町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

日高川町長 様

申請者 住所 日高川町大字

氏名

次のとおり日高川町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて助成金の申請をします。

接種対象者	ふりがな		性別
	氏名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (ワクチン接種日年齢: 歳)	
	住所	日高川町大字	
	電話番号		
接種した医療機関名			
助成対象経費	ワクチンの種類	乾燥弱毒性生水痘ワクチン 製品名: ビケン (生ワクチン)	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 製品名: シングリックス (不活化ワクチン)
	接種日	年 月 日	1回目 年 月 日
			2回目 年 月 日
	助成上限額	(上限額: 4,000円/回)	(上限額: 10,000円/回)
	申請金額	円	円
振込指定口座	金融機関	銀行 農協 金庫 組合	本店 支店 出張所
		口座種別	口座番号
		普通 当座	
		ふりがな	
		口座名義人 (申請者と同一)	

(添付書類)

1. 帯状疱疹予防接種費用に係る領収書
2. 振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し