

別 記

様式第 1 号(第 4 条関係)

御宿町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)

御宿町長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

下記のとおり、御宿町帯状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱第 4 条の規定により申請します。なお、申請内容の審査のため住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

1. 被接種者氏名等

フリガナ				生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
被接種者氏名					
ワクチン種別	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (シグリックス)			<input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン)	
内 訳	接種年月日	接種医療機関名	予防接種にかかった費用	助成申請額	
1回目	年 月 日		円	円	
2回目	年 月 日		円	円	
			助成申請額合計	円	

2. 振込先

振込先	金融機関	銀行・組合 信用金庫						本店 支店・支所	
	種 別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

◇添付書類：接種医療機関発行の領収書

接種済証等の接種したことが確認できる書類（領収書で確認できる場合は不要）  
本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証 等）