

带状疱疹予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

紀美野町長 様

申請者 住 所 紀美野町
氏 名
電話番号
被接種者との続柄

下記のとおり関係書類を添えて带状疱疹予防接種費用の助成を申請します。

記

被接種者氏名	住 所	生年月日	年齢 (接種日時点)						
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	S 年 月 日	歳						
助成ワクチン	接種日	助成金額							
<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (シングリックス)	R 年 月 日 R 年 月 日	(1回につき 10,000円) 円							
<input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン)	R 年 月 日	(1回 4,000円) 円							
<input type="checkbox"/> これまで紀美野町の带状疱疹予防接種費用の助成を受けたことがない。									
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所					
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	口座名義人 (申請者と同一であること)	(フリガナ)							

担当者記入欄

本人確認：運転免許証 マイナンバーカード 健康保険証 その他

添付書類：接種したことがわかる医療機関発行の領収書等

領収書で接種したことが分からない場合は、接種済証または予診票の写し