

内灘町帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

内灘町長

申請者（口座名義人と同一）

住所 内灘町

氏名 印

電話番号 ()

帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、内灘町帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、必要書類を添えて申請（請求）します。尚、帯状疱疹任意予防接種費用助成金の交付に係る審査に際して必要があるときは、予防接種を受けた者の住民登録の状況を調査することに同意します。

1. 被接種者

フリガナ	☐ 申請者 と同じ		生 年	年 月 日
氏 名			月 日	
予防接種を受けた 時点における 住 所	☐ 申請者 と同じ	内灘町		

2. 予防接種の種類（助成を受ける予防接種）

予防接種名	接種日	接種費用	助成額
水痘ワクチン （助成上限額：3,000円）	年 月 日	円	円
帯状疱疹ワクチン 1回目 （助成上限額：6,000円）	年 月 日	円	円
帯状疱疹ワクチン 2回目 （助成上限額：6,000円）	年 月 日	円	円
助成金申請（請求）額			円

3. 振込先

金融機関名			本・支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号		
口座名義人 (申請者と同一)	(フリガナ)			

【添付書類】

- ☐ 領収書（予防接種の種類・金額の記載があるもの）※コピー不可
☐ キャッシュカードまたは通帳の写し（振り込み先確認用）