

越生町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）越生町長

住 所
申請者 氏 名
電話番号



次のとおり予防接種を受けたので、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

ふりがな			
被接種者氏名			
生年月日	年	月	日（歳）
実施医療機関名			
交付申請額	円		
ワクチンの種類	・乾燥弱毒生水痘ワクチン ・乾燥組換え帯状疱疹ワクチン		
回数	接種年月日	負担額（円）	助成額（円）
1回目	年 月 日		
2回目	年 月 日		
※2回目は、乾燥組換え帯状疱疹ワクチンのみ			
振込口座			
金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農 協	本支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種別	普通 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義	

注1 補助金は、1回当たり5,000円を限度し、1回の接種に要した費用が補助金の額未満の場合はその額とする。
 注2 関係書類 ①予防接種の費用を支払ったことを証する書類（領収書の原本）、②接種を証明する書類（接種した日及び予防接種の種類が分かるもの）、③通帳またはキャッシュカードの写し