様式第１号（第５条関係）

豊郷町帯状疱疹任意予防接種費用助成申請書兼請求書

　　　　年　　　月　　　日

豊郷町長　　様

申請者

住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄

　　豊郷町帯状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者の氏名 | | 生年月日 | | 住所 | |
| □申請者と同じ | | 年　　月　　日 | | □申請者と同じ | |
| 接種ワクチン | 助成回数 | | 接種日 | | 支払った金額 |
| □乾燥弱毒生水痘ワクチン  （生ワクチン） | □1回 | | 年　　月　　日 | | 円 |
| □乾燥組換え帯状疱疹ワクチン  　（不活化ワクチン） | □1回目  □2回目  ※1回目接種日  　　　年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 円 |
| 申請額 | 円 | | | | |

私が受領する帯状疱疹予防接種費用助成については、下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 預金  種類 | 口座番号 | フリガナ  口座名義人 |
| 銀行　　　　　　本店  　　　　　　信用金庫　　　　　　支店  　　　　　　農業協同組合 | 普通  当座 |  |  |

※必要添付書類

（１）医療機関が発行した領収書の写し

（２）予防接種済証その他接種した予防接種の種類がわかる書類の写し(領収書に記載されている場合は省略可)

（３）助成金を受け取る口座の通帳の写し