

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

日 出 町 長 様

日出町带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

日出町带状疱疹任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき、助成金を下記のとおり申請します。

助成金の交付が認められた場合には、助成金の交付を請求し、下記の口座への振込みを依頼します。

申請者 (被接種者)	住所	日出町
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
同意欄	☐ この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認すること、また必要な場合は医療機関等に接種内容を確認することに同意します。	

1 予防接種の内容・助成金の申請額

予防接種の種類	・該当する ☐ にレ点を（ ）内には、接種回数を記入してください。 ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（組換えワクチン） () 回目
接種年月日	年 月 日
接種医療機関名	
接種費用	円（＊領収書の金額を記入してください。）
助成金申請額	円（＊接種費用の 1 / 2 額もしくは上限額）

2 助成金の振込先口座

振込先 口座	金融機関		支所・支店
	口座種別	普通・当座	
	口座番号		
	口座名義	フリガナ	

注）振込先は申請者名義の口座としてください。

【添付書類】

- ・領収書
- ・ワクチンの種類が分かる明細書