

出雲崎町带状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

出雲崎町長 様

住 所 出雲崎町大字

氏 名

電話番号

出雲崎町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり助成を申請します。

ふりがな 被接種者氏名		生年月日	年 月 日	歳
予防接種の種類 (該当するものに○をつけてください)	1. 生ワクチン 2. 不活化ワクチン			
接 種 日	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日	接種医療機関		
予防接種金額	1回目: 円 2回目: 円	添 付 書 類	領収書 予防接種の種類を証明する書類	
振 込 先	金 融 機 関 名			
	銀行・信用金庫		本店	
	農協・信用組合		支店	
	口 座 番 号		口 座 名 義 人	
	普通・当座		(フリガナ)	

※振込先は申請者本人名義の口座を記入のこと

●領収書がない場合は、医療機関で下記内容を記入してもらってください。

接 種 年 月 日	接 種 費 用
年 月 日	円
年 月 日	円
上記のとおり領収しました。 年 月 日	
医療機関所在地 名 称 代表者氏名	
⑩	

以下町記入

上記の申請について、以下のとおり決定してよろしいか お伺いします。	起案	・	・
	決裁	・	・
決 定	課長	補佐	係長・副参事
<input type="checkbox"/> 助成する 助成決定額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 助成しない			係