

様式第1号（第6条関係）

带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
(被接種者との続柄：)

带状疱疹予防接種を受けたので、小鹿野町带状疱疹予防接種費用助成要綱第6条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

フリガナ	
被接種者	
生年月日	年 月 日 (歳)
実施医療機関	
交付申請額	円
ワクチン種別	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目

※ 2回目は、乾燥組換え带状疱疹ワクチンのみ。

振込口座

金融機関	銀行・信用組合 農業協同組合・信用金庫		本店 支店
預金種別	普通 当座	フリガナ	
		口座名義	
口座番号			

※振り込み口座の確認ができる通帳等をご持参ください。

添付資料

- (1) 予防接種を受けたことを証明する書類
- (2) 接種費用に係る領収書
- (3) その他町長が必要と認めた書類