別記様式第1号(第8条関係)

年　　月　　日

帯状疱疹予防接種費用助成申請書兼請求書

　串本町長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　 　　　㊞

　次のとおり、帯状疱疹予防接種料の助成を申請及び請求します。

申請者記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者氏名 | 　 | 生年月日 |  |
| 助成対象者住所 | 　 | 接種日 | 年　　月　　日 |
| 接種医療機関名 | 　 | 接種時年齢 | 歳　 |
| 接種医療機関住所 | 　 | 接種医師名 |  |
| ワクチンの種類　　 及び予防接種料 | 生ワクチン | 組換えワクチン |
| 　　　　　　　　 円 | 1回目 | 　　　　 　円　　　　　　　　　　　 | 2回目 | 　　　　 　円 |

※ 口座名義人は、申請者と同一であること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座名義 | 名義(カナ) | 　 |
| 名義(漢字) | 　 |
| 振込口座 | 銀行等 | 金融機関 | 銀行・金庫・農協 　　　　　　本店・支店・出張所 |
| (ゆうちょ銀行以外) | 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | 番号(右詰めで記入) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種料① | 基準額② | ①・②のうちいずれか低い額③ | 自己負担金④ | 助成決定額⑤＝③－④ |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |