

別記様式第1号(第8条関係)

年 月 日

带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

印

次のとおり、带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