

様式第1号（第4条関係）

神崎町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

神崎町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、带状疱疹予防接種費用に係る助成金の交付を申請します。

1 被接種者氏名等

フリガナ			生年月日	年	月	日
被接種者氏名			(年齢)	(歳)	
内 訳	1回目	接 種 日	年 月 日			
		接 種 費 用 の 額	円			
		接 種 医 療 機 関 名				
	2回目	接 種 日	年 月 日			
		接 種 費 用 の 額	円			
		接 種 医 療 機 関 名				
※ 助 成 申 請 額					円	

※ 助成申請額は、接種に要した費用のうち、2分の1の額で、10,000円を上限とし、1、2回目の合計額を記入する。

2 振込先

振 込 先	金 融 機 関	銀行・組合				本店
	種 別	普通・当座	口座番号			支店・支所
	フリガナ					
	口座名義人					

3 添付書類

- (1) 接種医療機関発行の領収書
- (2) 接種済証等の予防接種を受けたことが確認できる書類
- (3) 振込口座のわかるもの（通帳の写し等）