様式第１号（第４条関係）

神崎町帯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

E-mail

次のとおり、帯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） | |
| ※助成申請額 | | | 円 | | | | | | |
| 内  訳 | １回目 | 接種年月日 | | 年　　月　　日 | | | 接種費用の額 | | 円 |
| 接種医療機関名 | | |  | | | | |
| ２回目 | 接種年月日 | | 年　　月　　日 | | | 接種費用の額 | | 円 |
| 接種医療機関名 | | |  | | | | |

* 助成申請額は、接種に要した費用のうち、２分の1の額とし、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  信用金庫 | 本店  支店・支所 | | | | | | |
| 種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

３　接種医療機関発行の領収書及び接種済証等の接種を受けたことが確認できる書類を添付すること。ただし、領収書のみで予防接種を受けたことが確認できる場合は添付を不要とする。

神崎町記入欄

債権者登録状況　新規・有・無（無の場合　本人確認書類等（写）の添付又は目視等による確認）

本人確認　確認者（　　　　　　）□運転免許証　□健康保険証　□（　　　　　　　）

在籍確認　確認者（　　　　　　）□（　　　　　　　　　　）