

様式第1号（第7条関係）

美郷町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美郷町長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (被接種者)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名			(歳)	
	住所	美郷町			
	電話番号				
	予防接種日	1回目	年 月 日	接種費用	1回目 円
		2回目	年 月 日		2回目 円
					計 円
助成申請額	円				

帯状疱疹予防接種費用助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

金融機関名		本支店等名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

私は、上記口座名義人に接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。
年 月 日
申請者氏名

※ 申請にあたり以下の書類を添付すること

- ① 予診票
- ② 接種した医療機関が発行した領収証の原本（帯状疱疹ワクチンの種類が明記されているもの）
- ③ 助成金振込先口座が確認できる書類の写し