

様式第1号（第4条関係）

宮代町带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宮代町長 あて

申請者 住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

次のとおり宮代町带状疱疹任意予防接種費用の助成を受けたいので、申請します。
なお、申請内容の確認にあたり、町が住民基本台帳を閲覧すること及び医療機関等に
問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
予防接種の種類及び回数	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン(ビゲン)		1 回	
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (シングリックス)		2 回	
接 種 日	1 回目	年 月 日	接種費用合計	円
	2 回目	年 月 日		
助 成 申 請 額	円 (5, 0 0 0円× 回)			
接 種 医 療 機 関 名				
接 種 医 療 機 関 所 在 地				

【添付書類】

- (1) 接種医療機関が発行した接種費用の額が確認できる領収証原本（返却は不可）
- (2) 予防接種を受けたことが分かる書類（予防接種済証、予診票等の写し）

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協		支店 ※ゆうちょ銀行の場合は店番				
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

※上記の口座が確認できるものを添付してください。