様式第１号（第５条関係）

神川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

神川町長　　　　　　　様

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

神川町帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、神川町帯状疱疹予防接種費用助成要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住　　所 | 神川町 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 接種医療機関名 |  |
| 接種年月日 | 年　　月　　日 |
| ※ワクチンの種類 |  □生ワクチン　　　　　□不活化ワクチン　□１回目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □２回目 |
| 申請額兼請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

※ワクチンの種類は、該当するものにチェックしてください。

振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関 | 　　　　　　　　　　　銀　　行・信用組合　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　農業協同組合・信用金庫　　　　　　　　　　　支店 |
| 種　　　別 | 普通　　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

添付書類

　⑴　予防接種を受けたことを証明する書類（予防接種名が分かるもの）

　⑵　接種費用に係る領収書