

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		<input type="checkbox"/> 生ワクチン	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 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

- (1) 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）
- (2) 接種費用に係る領収書