様式第２号(第６条関係)

帯状疱疹予防接種費用助成金交付請求書

 年　　月　　日

　産山村長　　様

　請求者　　〒

　　　　　　　　　　　　　住所

フリガナ

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

生年月日　　　　年　　　月　　　日

電話番号

　下記のとおり、帯状疱疹予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、帯状疱疹予防接種費領収書を添えて請求します。なお、この請求に関し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

記

１　請求額　　　　　　　　　　　　 円

２　接種したワクチンの種類等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成の対象となる接種（該当するものに☑を付けてください。） | □　生ワクチン | □　不活化ワクチン |
|  | □　１回目 | □　２回目 |
| 接種年月日 | 年　　月　　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 接種に要した費用 | 円 | 円 | 円 |
| 接種医療機関名 |  |  |  |
| 助成金額 | 円 | 円 | 円 |

３　振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行　 農協　 信用金庫　 | 支店支所 |
| 普通　　・　　当座 | 口座番号 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

備考　帯状疱疹予防接種費領収書（様式第２号）又は予防接種を受けた医療機関が発行する領収書その他の当該予防接種に係る支払額が確認できる書類（写しは不可）を添付してください。