

様式第5（第11条関係）

美浜町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請兼請求書【償還】

年 月 日

美浜町長様

申請者

住所

ふりがな
氏名

電話番号

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

下記のとおり、関係書類を添えて、帯状疱疹予防接種費用の助成金を請求します。

記

被接種者の氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所		美浜町	
医療機関	所在地		
	名称		
ワクチン接種の種類 どちらか1種類にレ点		接種日	医療機関支払額
□乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）		年 月 日	円
□乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）		年 月 日	円
			申請額
			円

金融機関名		預金種類	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行	本店	普通		
信用金庫	支店	当座		
農業協同組合				

※関係書類（添付書類）

- (1) 医療機関の発行した領収書又は、接種費用の支払いがわかる書類
- (2) 入金を希望する通帳のコピー（銀行・支店名・口座名義・口座番号・通帳金種別がわかるもの）