

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<br>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<br>どちらか1種類にレ点                         |     | 接種日   | 医療機関支払額        |
| <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（シングリックス） |     | 年 月 日 | 円              |
| <input type="checkbox"/> 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<br>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）