

様式第2（第10条関係）

美浜町高齢者帯状疱疹定期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（A）	自己負担 額（B）	申請額 （A）－（B）	申請上限 額
□乾燥組換え帯状疱疹ワ クチン（組換えワクチ ン）		1回目 年 月 日	円	6,600 円	円	15,400 円
		2回目 年 月 日	円	6,600 円	円	15,400 円
		計	円	13,200 円	円	30,800 円
□乾燥弱毒生水痘ワクチ ン（生ワクチン）		年 月 日	円	2,700 円	円	6,300 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 信用金庫 支店 農業協同組合	普通 当座		

※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）