

田上町帯状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）田上町長

申請者

住 所 〒

氏 名

電話番号

帯状疱疹予防接種を受けましたので、田上町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

接種した者	住 所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	氏 名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(フリガナ)		
	生年月日	年	月	日 ( 歳)
接種状況	予防接種名 (○で囲む)	(1) 生ワクチン (2) 不活化ワクチン		
	接種医療機関			
	接 種 日	1 回目	年	月 日
2 回目		年	月 日	
申 請 額		円 ※上記(1)を接種した場合は、1回4,000円が上限。 上記(2)を接種した場合は、1回10,000円で2回(合計20,000円)が上限。		
振 込 先	金融機関名		本支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義	(フリガナ)		

【添付書類】

- ・診療明細書その他の接種した予防接種の種類を証明する書類
- ・領収書の写し