

帯状疱疹任意予防接種費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

鏡野町長 様

下記のとおり、帯状疱疹任意予防接種費用の助成を申請、請求します。

※ 申 請 者 記 入 欄	申 請 者 氏 名	※ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		被接種者に対する続柄	
	申 請 者 住 所	鏡野町			TEL() —
	被 接 種 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日生	
	被 接 種 者 住 所	鏡野町			
	予 防 接 種 の 種 類	帯状疱疹 ①乾燥弱毒生水痘ワクチン(1回) ②乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(1回 ・ 2回)			
	1回目接種年月日	令和 年 月 日	2回目接種年月日	令和 年 月 日	
	上記の予防接種に対する接種料金 円 _____		上記の予防接種に対する接種料金 円 _____		
	医療機関所在地		医療機関所在地		
	医療機関名		医療機関名		
	※带状疱疹ワクチン予防接種に関し支払った金額のみをご記入ください。				

町 記 入 欄	給付決定額		円				
	決	課長・特命参事	課長代理・補佐	主幹・主任	係	支出命令	給付台帳
	裁					月 日	月 日

※ 口 座 番 号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協		()本店・支店・支所		
	預 金 の 種 別	普通 ・ 当座	番 号			
	フリガナ					
	名 義 人					

※申請者が記入し、領収書(原本)、接種済証の写しを添付すること。