

带状疱疹予防接種料金助成申請書兼請求書

筑前町長

今回接種した带状疱疹予防接種は、任意の予防接種であることを理解したうえで、筑前町带状疱疹予防接種料金の助成に関する要綱第4条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求をします。なお、助成を受けるに当たり、私の世帯の住民記録の調査に同意します。

年 月 日

(申請者) 住所  
氏名 (印)  
続柄 ( )

※太枠の中を記入してください。

被接種者 (受けた人)	(フリガナ)		住所	〒 ー	
	名前			筑前町	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		電話番号	
接種日					
請求額		円			
振込先金融機関	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所 営業部	預金種別	普通・当座	
	(フリガナ)		口座番号		
	口座名義人				

带状疱疹予防接種料金領収証明

1 回目	接種日	年 月 日	2 回目	接種日	年 月 日
	予防接種料金	円		予防接種料金	円
	接種ワクチン名			接種ワクチン名	
上記の带状疱疹予防接種料金は、領収済みであることを証明する。 年 月 日 【医療機関】 所在地 名称 代表者 (印)			上記の带状疱疹予防接種料金は、領収済みであることを証明する。 年 月 日 【医療機関】 所在地 名称 代表者 (印)		

※予防接種終了後、医療機関で記入してもらってください。

(添付書類)

- ・上記、带状疱疹予防接種料金領収証明欄の医療機関の証明又は接種した医療機関が発行した領収書の原本又は写し（予防接種の種類や接種日、接種料金額が明記されたもの）
- ・その他、町長が必要と認める書類
- ・振込先の口座名義が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。