

様式第1号（第4条関係）

白川町帯状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

白川町長 様

私は、帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、白川町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第4条に基づき、関係書類を添えて申請します。

また、本事業の対象者であることを確認するため、貴職が職権により調査することに同意します。

申請者 (被接種者)	フリガナ			生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	白川町			
予防接種の内容	種類	乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		
			1回目	2回目	
	接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	接種費用	円	円	円	
	助成金額	4,000円	10,000円	10,000円	
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 本店 支店 農協 出張所			
	フリガナ		種別	普通・当座	
	口座名義		口座番号		
	ゆうちょ	記号		番号	

<添付書類> 領収書（原本）、診療報酬明細書（写し）

【備考】

- 「予防接種の内容」欄は、いずれか一方のワクチンを選択し、記入ください。
- 「振込先」欄の「口座名義」は、申請者名義に限ります。

申請書に記載いただいた個人情報は、帯状疱疹予防接種費用助成の申請の審査、交付決定及び交付の為に利用します。

※以下は、町記入欄につき記入しないでください。

受付印

受付No.	
助成決定金額	円