

中井町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

中井町長 殿

申請者兼請求者 住 所

氏 名

電話番号 ()

次のとおり関係書類を添えて申請・請求いたします。

対象者 (被接種者)	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者兼請求者と同じ			
接種医療機関					
接種した予防接種			接種年月日	予防接種費用	申請・請求額
<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン		<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹 ワクチン		<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	円	円
		<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	円	円
		計	年 月 日	円	円
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 支所・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義(か)	()			
添付書類		<input type="checkbox"/> 予防接種を受けたことを証明する書類 <input type="checkbox"/> 予防接種費用を支払ったことを証明する書類			

中井町事務処理欄

確認年月日	年 月 日	助成金決定金額	
	領収書等確認者 ()		円
処理欄			