

様式第1号（第4条関係）

湯前町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

湯前町長 様

申請者：住所

氏名 ㊟

電話番号

湯前町带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱に基づき、助成を受けたいので申請します。

助成金申請額	円		
フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日
被接種者氏名			
住所	熊本県球磨郡湯前町 番地		

【予防接種の内容】

予防接種の種類	ビケン (乾燥弱毒生水痘ワクチン)	シングリックス (乾燥組換え带状疱疹ワクチン)	
		1回目	2回目
接種年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
接種医療機関名			
接種に要した金額	円	円	円
助成金額 ※1	円	円	円

※1 接種1回につき接種に要した金額の2分の1。上限15,000円/回。

【振込先】

金融機関名	銀行 支店 信用金庫 支店 農業協同組合 支所	
フリガナ	被接種者との続柄	口座番号
口座名義		
預金種別	普通・当座	

注意事項 1 予防接種の領収書及び明細書、予診票の原本又は写しを添付してください。

2 申請は、接種日から1年以内です。