

年 月 日

上峰町带状疱疹予防接種費助成申請書兼請求書

上峰町長 様

申請者 住所

氏名

印

電話番号

上峰町带状疱疹予防接種費助成事業実施要綱第5条の規定により、带状疱疹予防接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

この申請内容について、公簿と照合すること及び医療機関等へ確認することに同意します。

☐ 申請者と同じ ※申請者が対象者と同じ場合は、対象者欄は生年月日のみ記入

対象者	フリガナ		電話番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	申請者との続柄 ()		
予防接種の種類		☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン） ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） _____回目		
接 種 日		年 月 日	自己負担額	円
接種した医療機関名				
助成申請額		円	※下記助成金額に基づき記入	

振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 本所・支所
預金の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

- ・ 添付書類 ①接種した医療機関等の領収書の原本
②その他町長が必要と認める書類
- ・ 助成金額 (生ワクチン) 1回につき4,000円か自己負担額の2分の1のどちらか少ない額
(不活化ワクチン) 1回につき10,000円か自己負担額の2分の1のどちらか少ない額
- ・ 申請期間 予防接種を受けた日から1年以内